ÉVALUATION DE LA MISE EN PLACE D'UNE UNITÉ TRANSITOIRE DE RÉCUPÉRATION FONCTIONNELLE AU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU GRAND-LITTORAL

RAPPORT FINAL

Québec

KARINE FISET

ÉVALUATION DE LA MISE EN PLACE D'UNE UNITÉ TRANSITOIRE DE RÉCUPÉRATION FONCTIONNELLE AU CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU GRAND-LITTORAL

RAPPORT FINAL

JUIN 2010

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Québec

Rédaction et analyse du rapport
Karine Fiset, agente de planification, de programmation et de recherche

Collaboration
Odette Giguère, agente de planification, de programmation et de recherche
Sylvie Goulet, agente de planification, de programmation et de recherche
Josée Rousseau, agente de planification, de programmation et de recherche

Traitement des statistiques et figures
François Léveillé, technicien en recherche psychosociale

Révision du texte et mise en page
Danielle Mailhot, agente administrative
Sophie Veilleux, agente administrative

Comité de lecture
Annie Bourassa
Odette Giguère
Josée Rousseau
Sylvie Goulet
Jacques Samson

Document produit par l'Équipe de la surveillance, de la recherche et de l'évaluation
Direction de santé publique et de l'évaluation
363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'à l'adresse http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/CP-publications-pub.htm

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN 978-2-89548-589-6 (version imprimée)
ISBN 978-2-89548-590-2 (version PDF)

Document déposé à Santécom http://www.santecom.qc.ca

Citation suggérée pour ce document
FISET, KARINE. *Évaluation de la mise en place d'une unité transitoire de récupération fonctionnelle au Centre de santé et de services sociaux du Grand-Littoral : Rapport final*, Sainte-Marie, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique et de l'évaluation, juin 2010, 50 p.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2010

Juin 2010

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION 11

2. DESCRIPTION GÉNÉRALE DU MODÈLE DE SERVICES PRÉVUS À CETTE UNITÉ 13

2.1 Localisation de l'unité 13
2.2 Vocation de l'unité 13
2.3 Organisation des services 13
2.4 Comité d'implantation 13
2.5 Financement de l'unité 14
2.6 Provenance des demandes d'admission 14
2.7 Trajectoire de référence 14
2.8 Critères d'admission 16
2.9 Durée moyenne de séjour à l'UTRF 16
2.10 Situation des clients en attente 16
2.11 Retombées pour les clients à la suite de l'hébergement à l'UTRF 16

3. MÉTHODOLOGIE 17

3.1 Objectifs 17
3.2 Méthodes de collecte 17
3.2.1 Entrevues semi-dirigées 17
3.2.2 Document de travail des intervenants de l'UTRF 17
3.2.3 Période de collecte 18
3.3 Traitement et analyse 19
3.4 Considérations éthiques 19

4. RÉSULTATS 20

4.1 Provenance des demandes d'admission 20
4.2 Trajectoire de référence 20
4.3 Répartition des lits 22
4.4 Situation des clients en attente 23
4.5 Caractéristiques de la clientèle à l'admission 24
4.6 Profil de la clientèle 25
4.7 Ressources professionnelles nécessaires à l'UTRF 27
4.8 Collaboration interorganisationnelle 30
4.9 Durée moyenne de séjour à l'UTRF selon le type de services 30
4.10 Retombées pour les clients suivant leur période d'hébergement à l'UTRF 32
4.11 Orientation des clients après leur passage 35
4.12 Besoins de services pour ceux qui retournent à domicile 36

5. CONCLUSION 38

6. RECOMMANDATIONS 41

6. RECOMMANDATIONS 42

ANNEXES 45

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 – OBJECTIFS ET THÈMES D'ÉVALUATION 18
TABLEAU 2 – ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES LITS DE CONVALESCENCE ASSISTÉE ET DE CONVALESCENCE COMPLEXE 22
TABLEAU 3 – RÉPARTITION DES CLIENTS SELON LE DÉLAI D'ATTENTE ET LE TYPE DE SERVICES 24
TABLEAU 4 – DÉTAIL DES RAISONS D'ADMISSION À L'UTRF 27
TABLEAU 5 – RESSOURCES HUMAINES PRÉVUES ET UTILISÉES EN COURS D'IMPLANTATION 28
TABLEAU 6 – RÉPARTITION DES CLIENTS SELON LEUR SITUATION D'HÉBERGEMENT À LA SUITE DE LEUR PASSAGE À L'UTRF 36
TABLEAU 7 – PROPORTION DE CLIENTS SELON LE TYPE DE SERVICES REQUIS POUR LE MAINTIEN À DOMICILE SUIVANT UN SÉJOUR À L'UTRF 36

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 – CHEMINEMENT PRÉVU DU CLIENT POUR UN SÉJOUR À L'UTRF 15
FIGURE 2 – PROVENANCE DES DEMANDES ADMISSION 20
FIGURE 3 – TRAJECTOIRE DE RÉFÉRENCE RÉALISÉE 21
FIGURE 4 – SITUATION DE LA LISTE D'ATTENTE 23
FIGURE 5 – DISTRIBUTION SELON L'ÂGE DES CLIENTS ADMIS 25
FIGURE 6 – DISTRIBUTION DES CLIENTS ADMIS À L'UTRF SELON LE SEXE 25
FIGURE 7 – DEMANDES D'ADMISSION À L'UTRF 25
FIGURE 8 – RAISONS D'ADMISSION À L'UTRF 26
FIGURE 9 – DISTRIBUTION DES CLIENTS EN CONVALESCENCE ASSISTÉE SELON LEUR DURÉE DE SÉJOUR 31
FIGURE 10 – DISTRIBUTION DES CLIENTS EN CONVALESCENCE COMPLEXE SELON LEUR DURÉE DE SÉJOUR 31
FIGURE 11 – ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES CLIENTS SELON LE NIVEAU D'AUTONOMIE POUR LES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE 33
FIGURE 12 – RÉPARTITION DES CLIENTS SELON L'ÉVOLUTION DE LEUR RÉSULTAT À L'ÉCHELLE DES ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE DE L'OEMC 33
FIGURE 13 – ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES CLIENTS SELON LE NIVEAU D'AUTONOMIE POUR LA MOBILITÉ 34
FIGURE 14 – RÉPARTITION DES CLIENTS SELON L'ÉVOLUTION DE LEUR RÉSULTAT À L'ÉCHELLE DE LA MOBILITÉ DE L'OEMC 34
FIGURE 15 – ÉVOLUTION DE LA RÉPARTITION DES CLIENTS SELON LE NIVEAU D'AUTONOMIE POUR LES TÂCHES DOMESTIQUES 35
FIGURE 16 – RÉPARTITION DES CLIENTS SELON L'ÉVOLUTION DE LEUR RÉSULTAT À L'ÉCHELLE DES TÂCHES DOMESTIQUES DE L'OEMC 35
FIGURE 17 – ENCHAÎNEMENT DES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES À L'UTRF EN COURS D'IMPLANTATION 41

LISTE DES ACRONYMES

CHAU-HDL	Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis
CSSS	Centres de santé et de services sociaux
CSSS-GL	Centre de santé et de services sociaux du Grand-Littoral
DSIE	Demande de services interétablissements
DSPE	Direction de santé publique et de l'évaluation
ISO-SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
LEC-II	Louis-Édouard Couture II
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
PAB	Préposés aux bénéficiaires
PPALV	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

1. INTRODUCTION

Lors de la création des réseaux locaux de services en 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) précisait dans ses projets cliniques, des balises de fonctionnement à l'effet de décentraliser les services sociaux, de santé et de réadaptation dans les territoires locaux. Depuis, ces services sont dispensés par le biais des centres de santé et de services sociaux (CSSS) ou des ententes entre les CSSS et les établissements.

Dans ses orientations au Plan d'action 2005-2010, la Direction des personnes âgées en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) au MSSS précisait qu'il faut «innover, adapter, améliorer et diversifier l'organisation des services, et ce, dans chacun des réseaux locaux de services »[1].

En lien avec ce Plan d'action PPALV, le Centre de santé et de services sociaux du Grand-Littoral (CSSS-GL) dans la région de la Chaudière-Appalaches a développé un projet de lits posthospitaliers. L'implantation d'une unité de convalescence assistée est apparue comme étant une option valable pour assurer une prise en charge rapide, hors contexte hospitalier, des personnes dont les soins actifs sont terminés, mais pour lesquelles une période de réadaptation est nécessaire. En plus, cette unité vise à offrir un environnement de suivi et à observer le potentiel de rétablissement pour un retour à domicile et éviter une référence précoce en hébergement de longue durée.

Initialement, le projet était nommé : « Unité de convalescence assistée » et pouvait accueillir de la clientèle de deux programmes différents : programme des services généraux (convalescence complexe : prioritairement les chirurgies orthopédiques sans mise en charge et les soins de plaies[2]) et programme PPALV (convalescence assistée pour PPALV ou personnes déconditionnées à la suite d'un épisode aigu d'hospitalisation, par exemple, pneumonies, diminution de l'état général, etc.).

En mars 2008, à la suite du dépôt du projet du CSSS-GL révisé de janvier 2008, le MSSS a autorisé la mise en opération des lits de soins posthospitaliers, à raison de un lit pour 1 000 personnes de 65 ans et plus[3] desservies par territoire de CSSS afin de remédier aux problèmes d'encombrement de l'urgence et du niveau élevé d'occupation des lits de courte durée en centre hospitalier.

À la suite de cette annonce, plusieurs projets ont été implantés graduellement à travers le Québec. Les objectifs poursuivis par le MSSS étaient :

1. Assurer une prise en charge rapide, hors contexte hospitalier, des personnes ayant un profil gériatrique dont les soins actifs sont terminés, mais pour lesquels une période de récupération fonctionnelle est nécessaire (optimisation de l'utilisation des lits de courte durée en centre hospitalier).
2. Favoriser la reprise de l'autonomie fonctionnelle en vue d'un retour à domicile (optimisation de la capacité fonctionnelle).

---

[1] Québec : Ministère de la Santé et de Services sociaux. Direction des communications. 2005. *Un défi de solidarité; les services aux aînés en perte d'autonomie - Plan d'action 2005-2010.* Québec : Ministère de la Santé et de Services sociaux. Direction des communications, p. 27.

[2] Québec : Centre de santé et de services sociaux du Grand-Littoral. Janvier 2008. *Centre de convalescence assistée – projet - un accélérateur de convalescence et de retour à domicile.* Québec : Centre de santé et de services sociaux du Grand-Littoral, p. 5.

[3] Yves Bolduc, et Chantal Kroon. 12 mars 2008. *Évaluation des projets-pilotes de places de soins posthospitaliers Power Point réussie.* Diaporama. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

3. Réduire le nombre de références précoces pour un hébergement dans un centre d'hébergement de soins longue durée ou hospitalier (amélioration de la prise de décision clinique en vue d'une orientation).

À l'automne 2008, l'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (l'Agence) et le CSSS-GL ont participé à un comité provincial. Le mandat du comité était de revoir les balises élaborées et de remplir un rôle conseil afin d'identifier et de proposer des pistes visant l'harmonisation, l'efficience et le fonctionnement des soins posthospitaliers. Ce comité provincial présentait la nouvelle appellation de l'unité, soit : « Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) ». Des balises de fonctionnement ont été élaborées pour guider les CSSS dans la distribution des lits et répondre aux besoins de la clientèle. Sur le total des lits, la composante majeure, soit 90 % d'entre eux, devra être utilisée pour héberger des PPALV, déconditionnées à la suite d'un épisode de soins aigus en centre hospitalier ou à l'urgence, et ce, afin d'éviter une orientation trop rapide dans une ressource d'hébergement permanent. La composante mineure, soit 10 % de lits, est déterminée par chacune des régions en fonction des réalités qui lui sont propres et en complémentarité du continuum de services gériatriques[4].

Comme l'implantation de ce projet dit novateur requiert d'importantes ressources et beaucoup d'énergie de la part des acteurs impliqués, le succès de l'implantation du projet devient une préoccupation importante. Dès le début du projet, de concert avec le CSSS-GL, la Direction de l'organisation des services de l'Agence a mandaté la Direction de santé publique et de l'évaluation (DSPE) de l'Agence afin d'évaluer ce nouveau projet et d'apporter les ajustements nécessaires au fur et à mesure de l'implantation.

Dans un premier temps, nous désirons déterminer si la clientèle inscrite correspond à la clientèle prévue et si les services mis en place correspondent à ce qui était prévu. Dans un deuxième temps, cette évaluation permettra de porter un regard sur les retombées en termes de reprise de l'autonomie fonctionnelle pour les clients inscrits et pour le continuum de services en réduisant le nombre de références précoces pour un hébergement de longue durée, et enfin considérer le transfert de ce modèle dans d'autres territoires de CSSS.

[4] Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Comité provincial. Décembre 2008. Compte rendu *Unité transitoire de récupération fonctionnelle pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 5 p.

2. DESCRIPTION GÉNÉRALE DU MODÈLE DE SERVICES PRÉVUS À CETTE UNITÉ

2.1 LOCALISATION DE L'UNITÉ

Au tout début, l'unité de convalescence assistée était située au 107, rue St-Louis à Lévis, dans une partie du Centre d'accueil St-Joseph et était nommée Louis-Édouard Couture II (LEC-II). En novembre 2009, cette unité est déménagée au Centre Paul-Gilbert – centre d'hébergement de Charny, situé au 9330, boulevard du Centre hospitalier, Charny et porte désormais l'appellation d'UTRF.

2.2 VOCATION DE L'UNITÉ

Depuis février 2007, les premiers clients y sont admis. Cette unité a une capacité d'accueil de 13 clients. Ce service est offert à une clientèle ayant un profil gériatrique (65 ans et +) dont les soins actifs à l'hôpital sont terminés. Le projet a pour mission de veiller au rétablissement de l'équilibre biologique, psychologique ou social de la personne à profil gériatrique en suivi d'hospitalisation ou en postopératoire pour laquelle une présomption d'hébergement public est identifiée, mais qui présenterait un potentiel pour un retour à domicile, si elle pouvait bénéficier de temps de récupération et de rétablissement.

2.3 ORGANISATION DES SERVICES

Selon le CSSS-GL, les services de gîte, couvert, entretien ménager et d'assistance à la personne sont offerts par la Coopérative de services Rive-Sud (COOP). Les services d'évaluation, de traitement et de réadaptation sont pris en charge par le CSSS-GL par le biais d'une infirmière, une ergothérapeute et une physiothérapeute. La mise en place de l'unité est intéressante, non seulement dans les services offerts, mais également dans la façon d'offrir ces services en partenariat avec le communautaire.

2.4 COMITÉ D'IMPLANTATION

Un comité d'implantation a été mis en place dès le début du projet et était piloté par le CSSS-GL afin d'avoir un lieu de discussions de l'état d'avancement de l'implantation et apporter des réajustements nécessaires, au besoin en cours de route. Il était composé du personnel de l'Unité, de la COOP, du Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis (CHAU HDL) et de l'équipe de gestion du CSSS-GL. Les personnes responsables à l'Agence du PPALV et du programme de santé physique ainsi que la personne rattachée à la DSPE mandatée pour l'évaluation du programme y siégeaient également. Ce projet étant nouveau, une « période de rodage » de juin 2007 à février 2008 a permis au comité d'implantation d'apporter des ajustements ponctuels au fonctionnement de l'unité. L'évaluation du projet a officiellement débuté à la suite de cette période de rodage.

2.5 FINANCEMENT DE L'UNITÉ

En date du 27 octobre 2006, l'Agence confirme une allocation non récurrente de 400 000 $ pour l'année 2006-2007 afin de soutenir le démarrage et l'implantation des 13 lits prévus au projet. Ce budget couvrait la portion des frais attribuables à la dispensation des soins et des services sociosanitaires relevant du CSSS. Par la suite, ce montant était intégré au budget global de l'établissement.

Au début du projet et jusqu'à la fin de février 2008, le CSSS-GL demandait une contribution entre 35 $ et 40 $ par jour aux clients bénéficiant d'un séjour à l'unité afin de couvrir les frais d'hébergement et les services reçus. Après quatre mois d'opération, le constat est émis à l'effet que le taux d'occupation n'était pas atteint à un niveau optimal. Une des raisons justifiant cette situation s'expliquait par des difficultés pour plusieurs clients de payer la contribution financière exigée. À partir de l'autorisation du projet, soit le 3 mars 2008, les clients ne devaient plus payer de contribution pour l'utilisation de ce type de lits. Par conséquent, l'Agence a remboursé la contribution des clients pour le mois de mars 2008 au CSSS-GL. Pour l'année 2008-2009, ce montant était inclus dans le budget du programme PPALV. Le 16 mars 2009, le MSSS avisait les agences et les CSSS qu'une contribution pouvait être demandée aux clients à compter du 31^{e} jour de séjour dans un lit posthospitalier au montant de 15 $ par jour, et ce, à compter du 1er avril 2009. Le CSSS-GL a mis en place cette tarification.

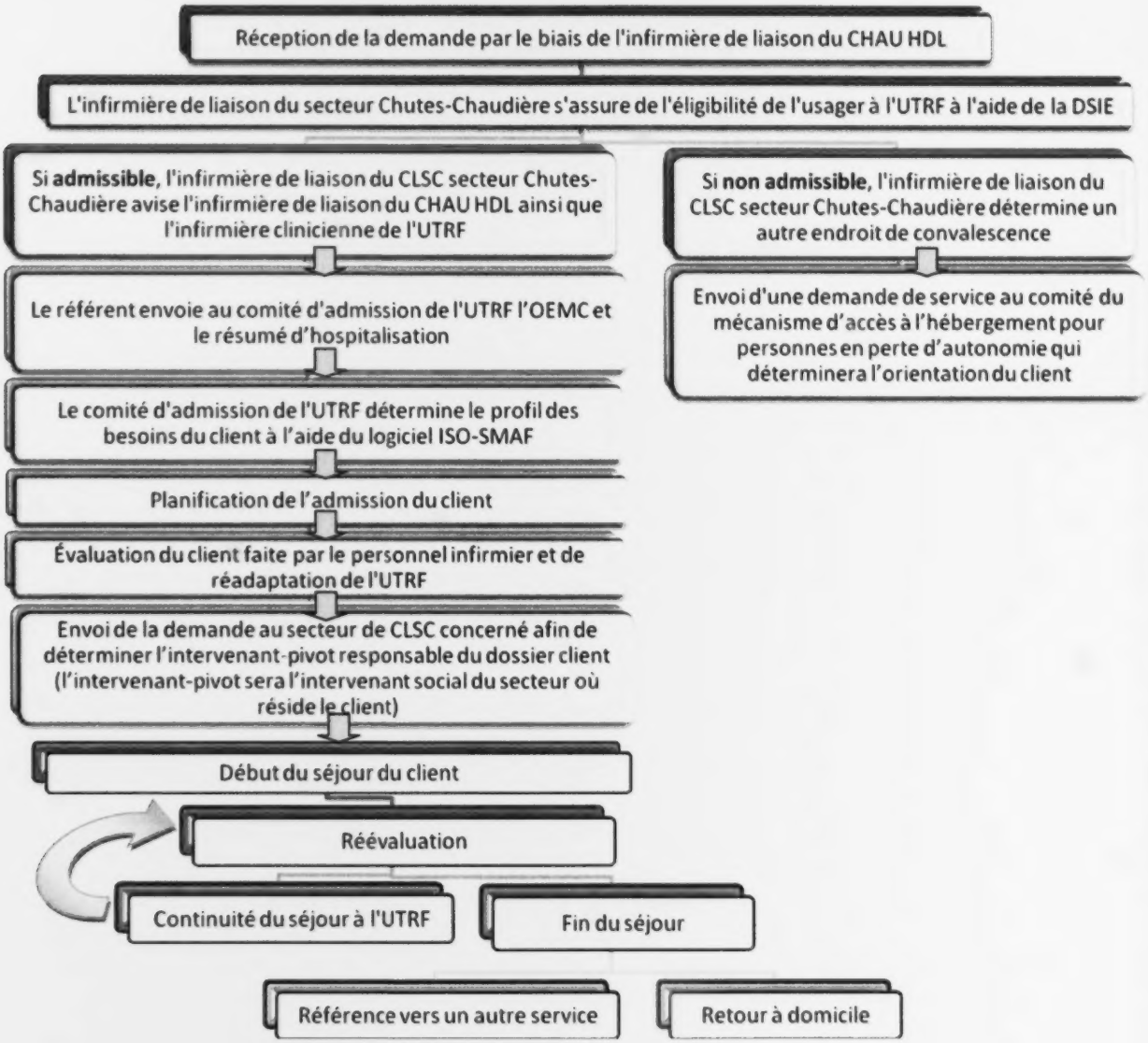
2.6 PROVENANCE DES DEMANDES D'ADMISSION

Il était prévu que les demandes de services proviennent majoritairement des infirmières de liaison et des travailleurs sociaux de l'urgence et des unités de soins du CHAU HDL. Aussi, elles pouvaient provenir des intervenants du client inscrit au PPALV, des intervenants du soutien à domicile, de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) et des médecins de famille.

2.7 TRAJECTOIRE DE RÉFÉRENCE

Afin d'assurer une certaine constance dans les étapes de la demande de services à l'admission d'un client, une trajectoire de référence a été élaborée et est illustrée ci-après.

Figure 1 : Cheminement prévu du client pour un séjour à l'UTRF[5]



[5] Québec : Centre de santé et de services sociaux du Grand-Littoral. Mars 2007. *Unité de convalescence assistée*. Québec : Centre de santé et de services sociaux du Grand-Littoral, 13 p.

2.8 CRITÈRES D'ADMISSION

La **clientèle cible prévue** peut présenter les problèmes suivants :
(voir annexe 1 pour le détail)

Être une personne en perte d'autonomie liée au vieillissement (ou avec profil gériatrique) en fin de soins actifs	
CRITÈRES D'INCLUSION	**CRITÈRES D'EXCLUSION**
Le retour à domicile est compromis	Avoir des troubles de comportement
Avoir un état psychique et physique permettant une amélioration de l'autonomie fonctionnelle	
Être stable au niveau médical	
Avoir un potentiel de retour à domicile	
Avoir une motivation suffisante pour collaborer activement au plan d'intervention interdisciplinaire	

2.9 DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR À L'UTRF

Une durée de séjour maximale de 8 à 12 semaines est prévue. À chaque semaine, une réévaluation du client est réalisée par le personnel de réadaptation afin de déterminer le plan d'intervention des clients, augmenter le potentiel de rétablissement et prévoir la date de retour à domicile. Vers la fin du séjour, une réévaluation détermine l'orientation de la clientèle.

2.10 SITUATION DES CLIENTS EN ATTENTE

De mars 2008 à juin 2009, toutes les demandes d'admission étaient accompagnées d'un outil d'évaluation multiclientèle (OEMC). Cet outil permettait aux responsables de l'unité de se positionner sur les critères d'inclusion de l'admissibilité ou les critères d'exclusion. En raison du nombre de lits disponibles et du nombre de semaines nécessaires pour effectuer la réadaptation, il est possible que la demande de service soit par période plus grande que l'offre de service. Dans ce cas, le client devrait obligatoirement être pris en charge par l'équipe de réadaptation du soutien à domicile dans un lieu de transition ou à domicile en attente de son admission à l'UTRF.

2.11 RETOMBÉES POUR LES CLIENTS À LA SUITE DE L'HÉBERGEMENT À L'UTRF

L'objectif du passage à l'UTRF est de favoriser l'augmentation de l'autonomie fonctionnelle, de permettre à la majorité des clients de retourner à domicile et d'éviter une référence précoce en centre d'hébergement ou à l'hôpital. Il est attendu que ces deux dernières options seront des issues possibles pour les quelques clients dont le potentiel de rétablissement ne permet pas le retour à l'autonomie fonctionnelle.

3. MÉTHODOLOGIE

L'Agence est particulièrement intéressée par le volet implantation étant donné le caractère novateur du projet en termes de services offerts et de collaboration avec un organisme pour les services d'hébergement. En effet, différents questionnements et préoccupations des partenaires justifient la pertinence de mener un projet d'évaluation.

3.1 OBJECTIFS

Les objectifs de l'évaluation sont :

1- Déterminer si la clientèle inscrite correspond à la clientèle prévue;
2- Déterminer si les services mis en place correspondent au modèle souhaité;
3- Déterminer si le modèle de services mis en place est satisfaisant;
4- Déterminer les retombées pour les personnes à la suite de leur passage à l'UTRF;
5- Examiner les retombées associées au projet sur le continuum de services.

De plus, ce suivi de l'implantation vise à déterminer des pistes d'action pour la continuité du projet, ainsi que le déploiement d'initiatives similaires dans d'autres milieux.

3.2 MÉTHODES DE COLLECTE

3.2.1 ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES

Les objectifs de l'évaluation impliquent de recueillir l'opinion de ceux et celles qui ont mis en œuvre les services de l'UTRF au quotidien. Le point de vue de ces personnes-clés représente une information de premier intérêt devant les enjeux d'implantation d'un nouveau projet. Des entrevues individuelles semi-dirigées ont donc été tenues auprès d'eux en octobre et novembre 2009 afin d'apprécier le processus d'implantation et les retombées des services de l'UTRF dans une perspective globale. Les canevas d'entrevues ont été développés à partir des objectifs de l'étude et les questions d'évaluation fines développées pour cette étude. Une grille précise a été élaborée pour chacun des intervenants selon leurs tâches et mandats au sein du programme.

Au total, six canevas d'entrevues différents ont été créés. Les personnes ressources ont toutes été rencontrées à leur lieu de travail. La première entrevue s'est déroulée avec les intervenants du CHAU HDL, soit les quatre infirmières de liaison qui transmettent les demandes à l'UTRF. La même journée, les quatre intervenants de l'UTRF ont été rencontrés à LEC-II. Lors d'une seconde journée de collecte, soit trois semaines plus tard, la chef de programme de l'UTRF a été rencontrée au Centre Paul-Gilbert et une préposée de la COOP, accompagnée de la directrice de ce service, ont été interrogées à la Coopérative de services Rive-Sud.

3.2.2 DOCUMENT DE TRAVAIL DES INTERVENANTS DE L'UTRF

Pour faire le portrait de la clientèle et favoriser la compréhension de l'évolution de l'autonomie fonctionnelle, l'ensemble des clients ayant été référés et ayant séjourné à l'UTRF entre les mois de mars 2008 et dont la fin du séjour s'est terminée au plus tard le 1er juin 2009, ont été retenus pour fournir les informations pertinentes à l'étude. L'utilisation des documents déjà prévus par les responsables de l'UTRF concernant l'évaluation et le suivi de la clientèle a été privilégiée par souci d'efficience. L'essentiel de l'information sur la clientèle provient des documents de travail complétés par le personnel du CSSS-GL dans le cadre des interventions normales.

L'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) fournit des informations sur le niveau d'autonomie fonctionnelle des clients. Cet outil procure aussi des renseignements selon les différentes sphères d'activité des patients (état de santé, habitudes de vie, activités de la vie quotidienne, mobilité, communication, fonctions mentales, tâches domestiques, situation psychosociale, conditions économiques et environnement physique). Il est complété au début du séjour du client, ce qui permet de dresser son portrait à son arrivée. À la fin du séjour du client à l'UTRF, son profil est mis à jour avec les mêmes questions par le biais du questionnaire du profil évolutif. Ainsi, il est possible de comparer l'autonomie du client à son arrivée et à son départ de l'UTRF. Avec les informations contenues dans l'OEMC s'obtient un indicateur de suivi appelé : système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (ISO-SMAF), exigé par le MSSS permettant de suivre l'évolution de l'autonomie du client.

L'outil « Critères d'admissibilité » développé à l'UTRF et présenté à l'annexe 1 est aussi très utile pour fournir des informations, entre autres, sur la personne qui réfère, le temps d'attente suivant l'admissibilité du client, la durée moyenne de séjour, la raison d'admission, le type de récupération fonctionnelle, l'âge et le sexe des clients. Le tableau suivant précise les sources d'information recueillies en fonction de chacun des objectifs de l'évaluation.

Tableau 1 : Objectifs et thèmes d'évaluation

Objectifs de l'étude	Exemples de thèmes d'évaluation	Sources d'informations possibles
1. Déterminer si la clientèle inscrite correspond à la clientèle prévue Caractéristiques **avant séjour**	• Caractéristiques des clients inscrits • Respect des critères d'admission et d'exclusion • Facilité du repérage de cas • Besoins non prévus	Entretien avec les intervenants du CHAU HDL Entretien avec les intervenants de l'UTRF Document critères d'admissibilité OEMC
2. Déterminer si les services mis en place correspondent au modèle souhaité	• Nature des services • Intensité des services • Durée moyenne de séjour • Taux d'occupation	Entretien avec les intervenants du CHAU HDL Entretien avec les intervenants de l'UTRF Document critères d'admissibilité
3. Déterminer si le modèle de services mis en place est satisfaisant	• Éléments satisfaisants • Difficultés rencontrées • Pistes d'amélioration • Qualité de collaboration entre les différents partenaires • Aspects exportables du projet	Entretien avec les intervenants du CHAU HDL Entretien avec les intervenants de l'UTRF Entretiens avec la coopérative Entretiens avec la chef de programme de l'UTRF
4. Déterminer les retombées pour les clients à la suite de leur passage à l'UTRF Caractéristiques **avant/après séjour**	• Amélioration de l'autonomie fonctionnelle des clients inscrits • Situations d'hébergement à la suite du passage à l'UTRF	Critères d'admissibilité OEMC (HDL) → avant Profil évolutif (UTRF) → après Suivi trois mois après séjour Entretien avec les intervenants du CHAU HDL Entretien avec les intervenants de l'UTRF Entretiens avec la Coopérative Entretiens avec la chef de programme de l'UTRF
5. Examiner les retombées associées au projet sur le continuum de services	• Collaboration interorganisationnelle • Continuité des services	Entretien avec les intervenants du CHAU HDL Entretien avec les intervenants de l'UTRF Entretiens avec la Coopérative Entretiens avec la chef de programme de l'UTRF

3.2.3 PÉRIODE DE COLLECTE

En raison de la bonne collaboration entre les membres du comité d'implantation, certaines recommandations et points d'amélioration ont été mis en place en cours d'implantation. Il est

à noter qu'en novembre 2009, l'UTRF a déménagé dans les locaux du Centre Paul-Gilbert – centre d'hébergement de Charny. Ce déménagement visait à augmenter le nombre de lits afin de mieux répondre aux demandes d'admission, offrir davantage des services dits de « convalescence complexe » tels que définis dans l'introduction de ce document, augmenter la stabilité des équipes de soins et améliorer la couverture médicale.

La collecte de l'information s'est donc terminée au mois de novembre 2009 et elle visait le projet établi au début à LEC-II depuis mars 2008, et ce, pour les clients admis jusqu'en juin 2009. Comme celle-ci s'est terminée en novembre 2009, certaines informations provenant des notes personnelles sur la situation actuelle vécue au Centre Paul-Gilbert – centre d'hébergement de Charny, recueillies par la chercheuse à la suite des rencontres et des entretiens téléphoniques avec le personnel de l'UTRF (pour s'assurer de la compréhension du fonctionnement de ce service et de la façon dont sera rapporté le contenu recueilli lors des entrevues), sont ajoutées afin d'enrichir la section des résultats de ce rapport.

3.3 TRAITEMENT ET ANALYSE

Pour le traitement et l'analyse de l'information sur la clientèle, les comparaisons entre les individus et une appréciation relative des retombées sur la clientèle sont favorisées. Le nombre de clients ayant séjourné à l'UTRF est relativement faible (72), ce qui limite l'énonciation de tendances d'un point de vue statistique. De plus, les retombées sont davantage documentées dans une perspective qualitative descriptive que dans l'optique d'une quantification des résultats obtenus auprès de la clientèle. Les préoccupations, questionnements et données recherchées sont définis plus en détails en annexe 2.

Ensuite, les données qualitatives tirées des entrevues ont été analysées par le biais d'une classification dans différentes catégories afin de faire ressortir les principales idées énoncées par les acteurs-clés.

3.4 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Des modalités de transfert d'informations ont été convenues avec les responsables de l'UTRF. Un identifiant unique au projet d'évaluation, attitré à chaque client, a permis d'arrimer les différents documents concernant une même personne. Aucune donnée nominative n'a été compilée et aucune reprographie de contenu nominatif n'a été faite. Les résultats agrégés ne permettent pas d'identifier les usagers ou les membres de leur famille. Les entrevues avec le personnel de l'UTRF, du CHAU HDL et de la COOP ont été réalisées en toute confidentialité, et ce, afin de ne porter aucun préjudice aux participants.

4. RÉSULTATS

À partir des données sur la clientèle et du point de vue des informateurs-clés consultés, les résultats décrivent le processus d'implantation de l'UTRF du CSSS-GL et les retombées des services mis en place pour la clientèle.

4.1 PROVENANCE DES DEMANDES D'ADMISSION

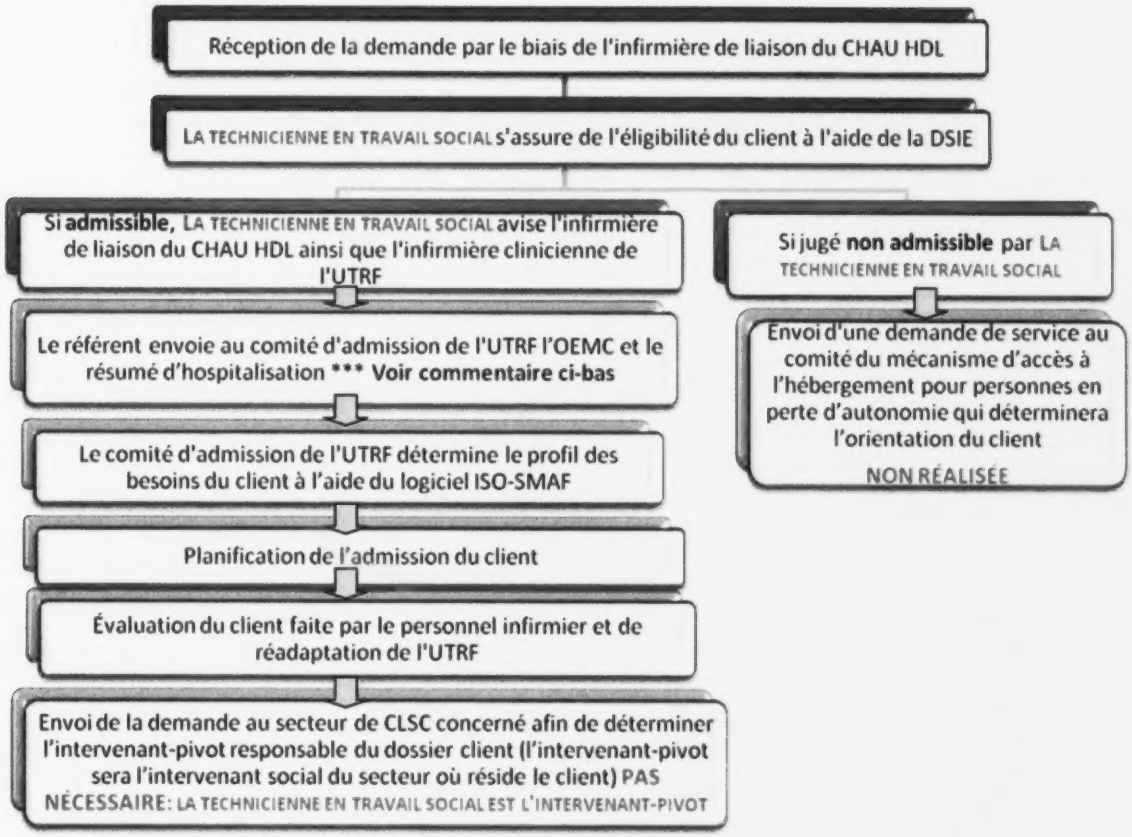
En regardant la liste des demandes d'admission transmises à l'UTRF, il est possible de constater qu'elles proviennent des secteurs attendus au départ. Entre autres, ce sont surtout les infirmières de liaison du CHAU HDL qui font les références. À elles seules, elles ont transmis 91 demandes sur un total de 104 reçues, ce qui équivaut à 87,5 % des demandes (Figure 2). Également, selon les attentes, les infirmières de liaison et la travailleuse sociale de l'urgence du CHAU HDL font partie des intervenants des milieux où proviennent les demandes d'admission, en formulant cinq demandes. Pour trois clients, des problèmes sont apparus après leur retour à domicile à la suite d'un congé de l'hôpital. Les intervenants du soutien à domicile ont alors fait des demandes d'admission pour ces clients. Au plan des centres hospitaliers qui ont formulé une demande, bien que quatre d'entre eux soient situés à Québec, le lieu de résidence de ces clients est sur le territoire du CSSS-GL. Pour terminer, le client qui a été référé par l'URFI n'avait finalement pas besoin de l'intensité de traitements de réadaptation qu'offre ce centre.

Figure 2 : Provenance des demandes admission

4.2 TRAJECTOIRE DE RÉFÉRENCE

La trajectoire de référence prévue est similaire à ce qui a été réalisé lors de l'implantation. Les modifications engendrées sont notées en rouge dans la figure 3. Un des changements est que l'intervenant de liaison est la technicienne en travail social rattachée à l'UTRF, soit la personne qui assume le rôle d'intervenant-pivot pour tous les clients de l'UTRF, ce qui évite de faire des démarches pour en trouver un à la suite de l'admission. Le rôle de la technicienne en travail social est expliqué plus loin au point sur les ressources nécessaires à l'UTRF.

Figure 3 : Trajectoire de référence **réalisée**



Ce que les informateurs en pensent et en disent

- ***Opinion des personnes qui réfèrent quant à l'envoi de l'OEMC au comité d'admission***

En réalisant l'entrevue avec les infirmières de liaison du CHAU HDL, nous avons appris qu'elles trouvaient difficile de compléter l'OEMC et qu'elles ne comprenaient pas pourquoi il fallait que ce soit fait par elles. Ainsi, lorsqu'elles ont constaté que l'UTRF ne serait plus considérée comme étant un projet en évaluation, elles ont fait la demande au CSSS-GL et à l'Agence pour ne plus avoir à le compléter; ce qui a été accepté à condition que l'OEMC puisse être rempli par le personnel de l'UTRF, dans ce cas-ci la technicienne en travail social, dans les 24-72 heures suivant l'admission du client[6].

Depuis juin 2009, la travailleuse sociale de l'UTRF doit remplir l'OEMC au complet, une fois que les clients sont admis. Par contre, comme elle ne connait pas les clients avant leur arrivée à l'UTRF, il lui est difficile de les évaluer à leur juste valeur dans les temps prescrits. Ce faisant, la chef de programme de l'UTRF a demandé aux infirmières de liaison de continuer à fournir la demande de services interétablissements (DSIE) et elle a insisté pour qu'elle soit complète afin qu'elle procure le plus d'informations possible à la technicienne en travail social pour l'aider à remplir l'outil en question.

[6] Cette balise provient de modalités définies par le MSSS, dans leur grille : Suivi des projets-pilotes PAPA, lors de la mise en place des lits posthospitaliers.

4.3 RÉPARTITION DES LITS

Lors de la mise en opération des soins posthospitaliers, le MSSS a donné les balises suivant lesquelles tous les clients gériatriques nécessitant des soins à la suite d'un épisode d'hospitalisation pourront utiliser ce service, peu importe les types de services requis, soit convalescence assistée ou convalescence complexe. Tel que présenté dans le tableau 2, au début de l'implantation le CSSS-GL avait planifié : 9 lits de convalescence assistée et 4 lits de convalescence complexe. Un peu plus tard, afin de répondre aux besoins de la clientèle, le CSSS-GL a modifié pour 7 lits de convalescence assistée et 6 lits de convalescence complexe. Lors des travaux du comité provincial en lien avec les lits posthospitaliers, les balises émises étaient 90 % de personnes « déconditionnées » et 10 % d'une clientèle désignée par l'Agence, selon les besoins du territoire. Afin d'appuyer ces balises, un courriel acheminé par les directeurs de l'Agence le 3 mars 2009 précisait que le 10 % des lits serait pour des personnes en évaluation ou pour une clientèle adulte ayant besoin de réadaptation. Toutefois, la compréhension de personnes « déconditionnées » a semblé porter à confusion. Une autre modification quant à la répartition des lits en fonction de la clientèle a été apportée. De ce fait, 11 lits étaient réservés pour toute clientèle « déconditionnée » incluant des convalescences complexes et convalescences assistées (tel que cité au début du projet) et 2 lits disponibles pour l'évaluation ou la clientèle adulte ayant besoin de réadaptation[7].

Tableau 2 : Évolution de la répartition des lits de convalescence assistée et de convalescence complexe

<table>
<tr><th>DATE</th><th>Février 2007
lors de l'implantation</th><th>Octobre 2007</th><th>Décembre 2008</th><th>Mars 2009
(balises de l'Agence)</th></tr>
<tr><td>CONVALESCENCE ASSISTÉE</td><td>9</td><td>7</td><td rowspan="3">BALISES DU MSSS
(90 % / 10 %)</td><td rowspan="2">11</td></tr>
<tr><td>CONVALESCENCE COMPLEXE</td><td>4</td><td>6</td></tr>
<tr><td>AUTRES CLIENTÈLE ADULTE</td><td></td><td></td><td>2</td></tr>
</table>

Ce que les informateurs en pensent et en disent

- ***Écart entre la mission initiale de l'UTRF et la demande réelle de service***

En raison de ces fluctuations sur le plan de l'attribution des lits, ce n'est pas facile pour les infirmières de liaison d'identifier les personnes qui cadrent avec la mission et la clientèle visée par l'UTRF. Selon elles, la mission semble s'être transformée avec le temps.

En outre, selon le personnel du CHAU HDL, le nombre de lits réservés à la convalescence complexe ne correspond pas au besoin : « *comme au CSSS-GL il n'y a pas d'autres centres qui ont développé des lits de convalescence complexe, ce sont les lits de l'UTRF qui sont utilisés pour répondre à la demande, mais l'UTRF manque de lits et de ressources, bref, l'offre ne correspond pas à la demande* ». Pour pallier au problème de places disponibles à l'UTRF, il est déjà arrivé que les infirmières de liaison du CHAU HDL transfèrent des clients, rendus à l'étape de la convalescence complexe, dans des lits qui étaient vides sur les unités en attendant une place. Mais cette façon de faire ne peut être qu'une solution temporaire,

[7] Courriel de l'Agence le 3 mars 2009

car une congestion se crée pour la clientèle en attente d'hospitalisation suivant une chirurgie orthopédique ou autres.

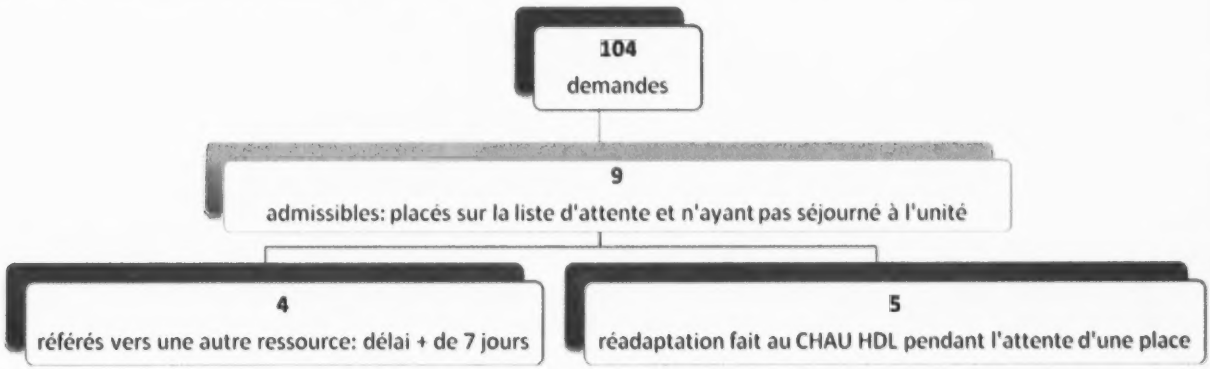
Le personnel de l'UTRF présente un autre point de vue associé à la capacité du service : « *C'est clair ce que les infirmières de liaison du CHAU HDL veulent, mais ce n'est pas tout à fait ce que nous à l'UTRF nous pouvons faire avec les ressources que nous avons. En raison du nombre de lits offerts (13), pour répondre à la demande, ça nous prendrait une UTRF pour les convalescences complexes avec plus de services et de suivi pour qu'on puisse ensuite changer pour des lits de convalescence assistée quand la mise en charge est permise [...] Bien des clients se retrouvent entre deux chaises, parce qu'il n'y a pas de services pour eux [personnes dites sans mise en charge], ils [les clients] ne cadrent pas avec les résidences privées et ne sont pas capable de retourner à domicile* ».

Bref, selon les informations présentées, il semble que le besoin est plus grand que l'offre de service. En fait, cela n'est pas vraiment étonnant si l'on se réfère au ratio du MSSS, 1 lit de récupération fonctionnelle devrait être offert par tranche de 1 000 personnes de 65 ans et plus. Avec cette population habitant le territoire du CSSS-GL totalisant, en 2010, 32 319 personnes, l'UTRF devrait offrir 32 lits plutôt que 13.

4.4 SITUATION DES CLIENTS EN ATTENTE

Parmi les clients admissibles, neuf d'entre eux ont été placés sur la liste d'attente et n'ont pas séjourné à l'unité. Comme au moment de la demande, un délai de plus de sept jours était envisagé, quatre d'entre eux ont été placés sur le champ en résidence privée pour avoir de la convalescence légère. Par ailleurs, ne sachant pas au moment de l'acceptation le temps d'attente potentiel, les cinq autres clients sont demeurés au CHAU HDL et ils ont finalement eu le temps de faire leur convalescence à cet endroit avant qu'une place ne se libère à l'UTRF.

Figure 4 : Situation de la liste d'attente



Le tableau suivant illustre la répartition des clients acceptés selon leur délai d'attente. Ceux-ci n'ont pas été placés sur la liste d'attente, car leur date d'admission était connue dès l'acceptation de leur demande. Près du tiers (29,4 %) des clients ont un délai d'attente supérieur à sept jours, ce qui était jugé initialement trop long par les membres du comité d'implantation.

Tableau 3 : Répartition des clients selon le délai d'attente et le type de service

Délai d'attente en jours	Nombre de clients	%	Convalescence assistée	Convalescence complexe
0 ou 1 jour	19	27,9	8 ; 34,8 %	11 ; 24,4 %
2 à 7 jours	29	42,7	9 ; 39,1 %	20 ; 44,4 %
+ de 7 jours	20	29,4	6 ; 26,1 %	14 ; 31,1 %
Total	68	100	n=23	n=45
Manquant	4		0 convalescence assistée/ 4 complexes	

Comme les intervenants de l'UTRF, du CHAU HDL et les personnes qui suivent le dossier de l'UTRF à l'Agence croyaient qu'il y avait une différence entre le temps d'attente pour une admission selon qu'il s'agissait d'une demande en convalescence assistée ou en convalescence complexe, la distinction entre ces deux types de clientèle a aussi été faite. Il est possible d'observer que la différence n'est pas très importante pour cette donnée variant de 5 % pour une attente de sept jours ou plus et de 10,4 % pour une admission immédiate.

Ce que les informateurs en pensent et en disent

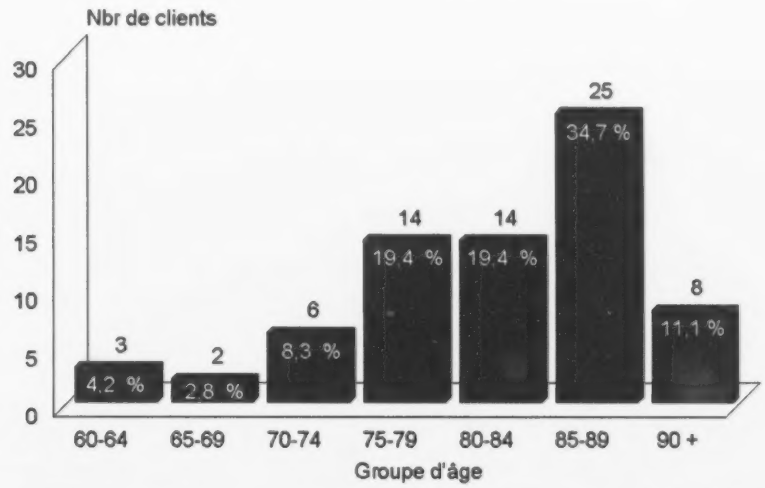
Selon les informateurs, le temps d'attente est dû au délai qu'il faut pour que l'autonomie fonctionnelle d'un client augmente afin qu'il retourne à domicile. Bien entendu, lorsqu'il y a plusieurs clients qui retournent à domicile dans une même semaine et que les lits libérés sont occupés sur le champ par de nouveaux clients, il faut attendre plusieurs semaines avant que ces nouveaux clients libèrent les lits. Aussi, cela crée une congestion lorsque la période de réadaptation est précédée d'une période sans mise en charge. Or, le fait qu'il y ait eu plus de demandes pour des cas de non mise en charge, qui occupent des lits pendant environ quatre à six semaines avant de débuter les traitements, empêche d'accueillir plus de personnes pour la même période de temps.

En outre, en raison du temps d'attente et du manque de place, il arrivait à l'occasion que les infirmières de liaison du CHAU HDL ne formulaient pas de demande à l'UTRF, ne permettant pas aux professionnels de l'Agence et à l'équipe de gestion du CSSS-GL de connaître le nombre réel de personnes qui nécessitaient les services de l'UTRF.

4.5 CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE À L'ADMISSION

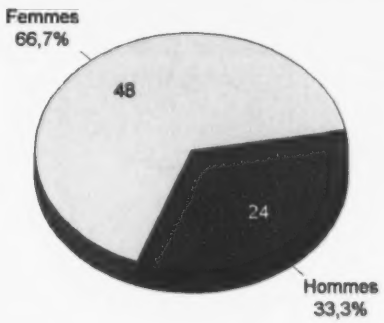
Les clients âgés de 75 à 89 ans correspondent à 73,6 % (53/72 clients) de la clientèle de l'UTRF, et près de la moitié d'entre eux (47,2 %, soit 25/53 clients) se situent entre 85 et 89 ans. Il est à noter que trois clients sont plus jeunes (moins de 65 ans) que ce que prévoient les critères d'admission.

Figure 5 : Distribution selon l'âge des clients admis (n=72)



De plus, conformément à ce que l'on retrouve dans la population générale, à cet âge, une proportion plus grande de femmes est représentée parmi la clientèle de l'UTRF (figure 6).

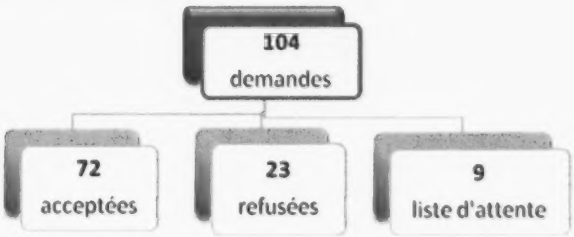
Figure 6 : Distribution des clients admis à l'UTRF selon le sexe (n= 72)



4.6 PROFIL DE LA CLIENTÈLE

En observant la liste complète des demandes d'admission, il est possible de constater que 23 clients ont été refusés, car ils ne correspondaient pas aux critères d'admissibilité, et 72 clients ont fréquenté l'UTRF pendant la période de l'évaluation.

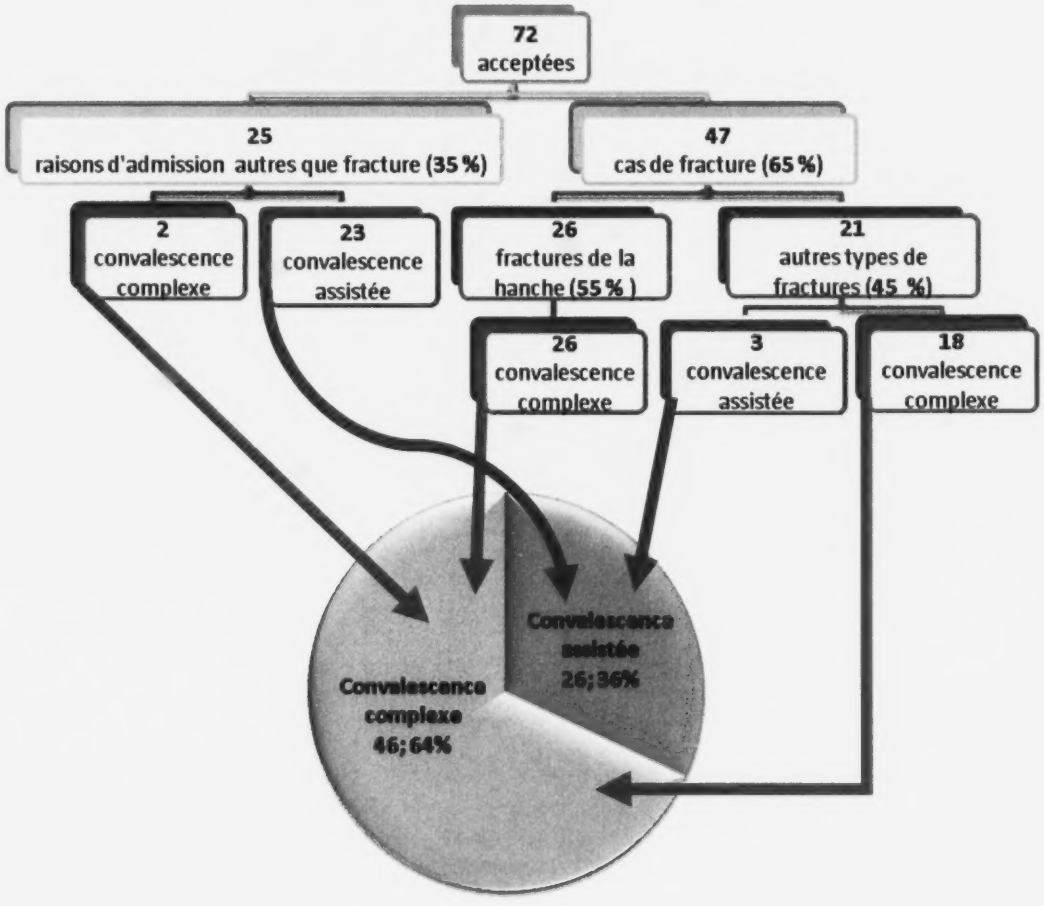
Figure 7 : Demandes d'admission à l'UTRF



En se référant aux informations présentes dans l'outil « Comité d'admissibilité », il est possible de constater que tous les clients acceptés pour un séjour remplissent les critères généraux d'admission.

À la figure 8, il est possible de constater que pour 47 d'entre eux (65 %) la raison d'admission était associée à une fracture, et de ces cas de fracture, 26 (55 %) sont des fractures de la hanche. Toutes les personnes admises pour une fracture de la hanche ont nécessité des soins en convalescence complexe. Quand on regarde les autres raisons d'admission, la majorité des clients (23/25) ont eu besoin de convalescence assistée. Le total des clients admis en convalescence complexe s'établit à 46, soit 64 % des clients ayant séjourné contre 36 %, pour un total de 26 clients en convalescence assistée. Ainsi, selon ces résultats, plus de 50 % des clients qui ont été admis à l'UTRF nécessitent des soins en convalescence complexe alors que le CSSS-GL avait prévu l'inverse.

Figure 8 : Raisons d'admission à l'UTRF



Dans le tableau 4, nous présentons les données sur les raisons d'admission générées par l'outil développé par les responsables de l'UTRF au CSSS-GL « Comité d'admissibilité ». En regardant toutes les raisons d'admission, il est possible de constater que ce sont les clients aux prises avec une fracture avec moins de 50 % de mise en charge qui sont le plus admis à l'UTRF, constituant 62,5 % de la clientèle totale. En seconde place, ce sont les clients avec 50 % et plus de mise en charge après une période aiguë de maladie avec 15,28 %. À elles seules, les problématiques associées à la mise en charge correspond à près de 80 %. De ce fait, 19,46 % des admissions correspondent à une autre raison, tels les soins des plaies complexes, la baisse de l'état général, le déconditionnement et l'accident vasculaire cérébral.

Tableau 4 : Détail des raisons d'admission à l'UTRF

RAISONS ADMISSION	Nbr de clients	%
CONVALESCENCE COMPLEXE		
FRACTURES AVEC MOINS DE 50 % DE MISE EN CHARGE	45	62,5 %
50 % ET + DE MISE EN CHARGE APRÈS UNE PÉRIODE AIGUË DE MALADIE	11	15,28 %
INTERVENTIONS CHIRURGICALES ORTHOPÉDIQUES SANS MISE EN CHARGE	2	2,78 %
SOINS DE PLAIES COMPLEXES	2	2,78 %
CONVALESCENCE ASSISTÉE		
BAISSE DE L'ÉTAT GÉNÉRAL	7	9,7 %
DÉCONDITIONNEMENT	3	4,2 %
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL	2	2,78 %

4.7 RESSOURCES PROFESSIONNELLES NÉCESSAIRES À L'UTRF

Au début, le projet a été démarré avec les ressources qui avaient été prévues au préalable. Toutefois, en cours de route, des ressources ont été ajoutées. Le tableau 5 résume ces modifications.

En février 2007, une première modification a été apportée par la création d'un poste d'intervenant-pivot rattaché au CSSS-GL. Ce poste devait répondre aux besoins de liaison entre le CHAU HDL et l'UTRF, en plus d'assurer le respect des critères d'admissibilité de l'UTRF et planifier les admissions et les départs des clients. La personne affectée à ce poste est une technicienne en travail social.

En janvier 2008, le nombre de journées de travail par semaine chez les professionnels en réadaptation est passé de trois à quatre jours. De plus, le nombre de préposés provenant de la COOP a été augmenté passant de un à deux pour le quart de jour.

De surcroît, lors de la lecture d'un compte rendu du 23 octobre 2008, l'Agence a appris que sur le quart de travail de nuit, il manquait un préposé de la COOP, ce qui occasionnait à l'infirmière auxiliaire en place de répondre seule aux besoins de la clientèle, et ce, certaines nuits de la semaine. À la suite de l'intervention de l'Agence, la situation s'est résolue le 8 décembre 2008.

De plus, il a souvent été observé qu'un client ayant un problème se fasse reconduire à l'urgence du CHAU HDL selon les recommandations de son médecin, ce dernier ne pouvant se déplacer. Pour pallier à ce problème, un médecin du CLSC Desjardins a été mandaté pour rencontrer les clients qui nécessitent un examen et dont leur médecin est dans un autre territoire de CLSC.

Tableau 5 : Ressources humaines **prévues** et **utilisées** en cours d'implantation

PRÉVU	RÉALISÉ
Une infirmière clinicienne de jour (du lundi au vendredi)	Idem
Une infirmière technicienne de jour (samedi et dimanche)	Idem
Une infirmière auxiliaire de soir	Idem
Une infirmière auxiliaire de nuit	Idem
Un intervenant social	Idem
Ergothérapeute trois jours par semaine (lundi-mercredi-vendredi)	Ergothérapeute quatre jours par semaine (lundi-mardi-mercredi-jeudi)
Physiothérapeute trois jours par semaine (lundi-mercredi-vendredi)	Physiothérapeute quatre jours par semaine (mardi-mercredi-jeudi-vendredi)
	Technicienne en travail social
PRÉVU	**RÉALISÉ**
Médecin de famille du client, garde médicale et garde infirmière 24/7 du CSSS du Grand-Littoral secteur Desjardins.	Clients secteur Desjardins : médecin de famille Clients secteurs Bellechasse, Chutes-Chaudière, Lotbinière et Nouvelle-Beauce : le suivi médical est assuré par un médecin du CLSC du secteur Desjardins
PRÉVU	**RÉALISÉ**
Un préposé de jour	Deux préposés de jour
Un préposé de soir	Idem
Un préposé de nuit	Idem

Ce que les informateurs en pensent et en disent

- ***Ratio de personnel insuffisant***

Un ratio de personnel insuffisant apparaît pour les services d'ergothérapie et de physiothérapie. En fait, l'ergothérapeute et la physiothérapeute tentent de voir les clients deux fois par semaine, soit six clients par jour. Comme elles doivent faire de l'évaluation et remplir toute la documentation nécessaire, en réalité, elles affirment parvenir à ne voir que quatre clients par jour. De plus, en raison de cette charge de travail, les professionnels en réadaptation n'ont pas le temps de rencontrer les clients pour leur faire pratiquer leurs exercices de réadaptation, ce qui explique pourquoi cette tâche a été ajoutée aux responsabilités des préposés de la COOP à LEC-II et aux préposés aux bénéficiaires (PAB) du Centre Paul-Gilbert – centre d'hébergement de Charny.

L'intensité des soins dispensés est très variable d'un client à l'autre. En moyenne, pour l'ensemble des intervenants, trois heures de soins par jour par client sont nécessaires (ex. pansements, hygiène…), sans compter le temps investi pour la motivation, la formation du client face à la réadaptation et les autres interventions liées à l'objectif de réadaptation. À

LEC-II, le ratio de personnel était calculé selon un ratio de un préposé de la COOP pour six clients (1/6), ce qui faisait en sorte qu'il y avait deux préposés de la COOP pour s'occuper de 13 clients. Par ailleurs, en raison de la responsabilité supplémentaire qu'ils doivent effectuer en réadaptation, les préposés de la COOP affirment manquer de temps pour répondre aux exigences : « *on avait comme pas le choix que de faire leurs tâches, comme se laver et s'habiller pour les aider à aller plus vite* ». Également, la charge de travail des préposés est jugée importante en raison du fait que les exercices de réadaptation changent à chaque semaine pour tous les clients.

Pour optimiser le potentiel de récupération des clients, il semble qu'il faut plus d'un ergothérapeute car les cas sont de plus en plus lourds. Donc, l'aide d'un autre ergothérapeute, à temps partiel serait très bénéfique pour assurer le suivi des services offerts. Quant à la physiothérapie, le soutien de la part d'un technicien en réadaptation physique serait nécessaire, surtout en convalescence complexe, afin d'éviter une perte d'autonomie.

Depuis le déménagement au Centre Paul-Gilbert, selon les dires du personnel de l'UTRF, le ratio de personnel est encore plus inadéquat, car il n'est pas calculé en fonction de la réadaptation, mais comme pour un centre d'hébergement. Entre autres, les PAB ont un ratio de un pour huit (1/8) clients de l'UTRF en plus d'un client du côté de l'hébergement, ce qui fait en réalité un PAB pour neuf clients (1/9). Dans ce contexte, les exercices de réadaptation ne peuvent être supervisés par les PAB.

Selon ces conditions, la majeure partie du temps de travail de l'ensemble des intervenants est accordée aux besoins de base, laissant moins de place aux interventions de réadaptation.

- ***Manque de formation des préposés de la COOP***

Il semble, qu'un surcroît de travail se rajoute au manque de formation chez le personnel de la COOP à LEC-II et, présentement chez les PAB au Centre Paul-Gilbert – centre d'hébergement de Charny. Le personnel de la COOP et les PAB sont affectés à des tâches sans posséder toute la formation, ni les habiletés nécessaires pour faire de la réadaptation. Selon un informateur, un minimum acceptable serait d'informer le personnel sur la situation et la façon d'intervenir. Selon le personnel de l'UTRF, les clients dont la mise en charge n'est pas permise, nécessitent beaucoup d'assistance dans les diverses tâches de la vie quotidienne à accomplir. Comme la supervision nécessaire pour ces clients est considérable, entre autres, en raison de la réadaptation physique, les préposés de la COOP sont portés à faire la tâche à la place du client, ce qui ne lui permet pas de faire sa réadaptation en lien avec les activités de la vie quotidienne. De plus, lorsque certaines restrictions sont imposées pour la sécurité des clients et l'accélération du rétablissement, tel l'usage de deux aides techniques pour effectuer un déplacement ou l'utilisation de la ceinture de marche, les préposés de la COOP ne les respectent pas, car ils ne connaissent pas la nécessité de ces règles.

- ***Roulement de personnel***

La charge de travail est jugée importante par les employés, en raison des pressions pour admettre des clients ayant des problématiques importantes, du manque de lits, du manque de ressources pour accueillir les clients en besoin et du manque de temps pour faire la réadaptation de façon convenable. Il semble qu'elle entraîne un grand roulement de personnel, tant au niveau du personnel de la COOP que du CSSS.

En fait, il a été constaté que l'arrivée de nouveaux intervenants au sein de l'équipe de travail occasionne un manque de continuité dans la dispensation des services aux clients. Cette problématique se répète également lorsque les intervenants sont absents, car ils ne sont pas

remplacés, entre autres, pendant leurs vacances. De ce fait, ils sont ambivalents quant au choix de rester à l'UTRF, car ils ont à cœur la santé des clients ou de quitter pour bénéficier de meilleures conditions de travail.

Selon le personnel de l'UTRF, il est important de minimiser le plus possible le roulement de personnel puisque l'acquisition des compétences requises prend un certain temps et que la qualité des services dispensés en dépend : « *... ça prend du temps pour bien posséder tous les détails des manœuvres, donc ça prend du personnel stable et qui a le goût et qui est capable de se perfectionner par le biais des formations pour améliorer leur expertise* ».

- ***Expertise nécessaire des médecins***

Selon les intervenants de l'UTRF, la couverture médicale (médecins seulement) a longtemps causé des problèmes : « *c'est important d'avoir un médecin attitré. Ça n'a pas été simple et on a peut-être compliqué des choses pour rien ou aggravé des situations* ». Toutefois, depuis le déménagement de l'UTRF au Centre Paul-Gilbert le problème est résolu puisqu'il y a une équipe médicale qui prend en charge les clients et assure leur suivi.

4.8 COLLABORATION INTERORGANISATIONNELLE

Ce que les informateurs en pensent et en disent

- ***La collaboration entre deux employeurs***

Au moment de l'implantation, la collaboration entre les intervenants de l'UTRF et de la COOP n'était pas optimale en raison du manque de connaissances en réadaptation chez les préposés de la COOP : « *il faut « coacher » les préposés de la COOP pour qu'ils sachent comment faire les transferts* ». En cours de route, le partenariat s'est amélioré parce que les intervenants de l'UTRF et de la COOP essaient de former une équipe. Selon le personnel de l'UTRF, ce partenariat n'est peut-être pas souhaitable dans ce contexte qui nécessite une expertise précise de travail : « *ce n'est pas une bonne idée que l'ensemble du personnel ne relève pas du même établissement et que la chef de programme n'ait pas d'emprise sur 50 % du personnel. Ça amène une complexité et des problèmes. Ça rend la gestion plus complexe. C'est difficile de vouloir donner une qualité de service et de vouloir que les choses soient faites de la bonne façon si on ne contrôle pas toutes les variables* ».

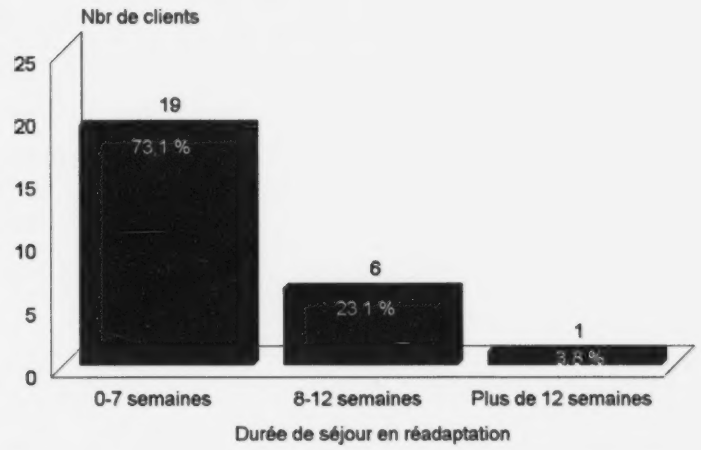
- ***Soutien aux employés du CSSS***

Selon les propos colligés, il ressort qu'un lien plus étroit entre l'équipe de gestion et les intervenants est à consolider, permettant ainsi aux parties de prendre les décisions appropriées par rapport à la clientèle. À titre d'exemples, mentionnons les besoins de libérer des lits au CHAU HDL, la charge de travail additionnelle occasionnée par les clients en convalescence complexe et les balises du MSSS à rencontrer.

4.9 DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR À L'UTRF SELON LE TYPE DE SERVICES

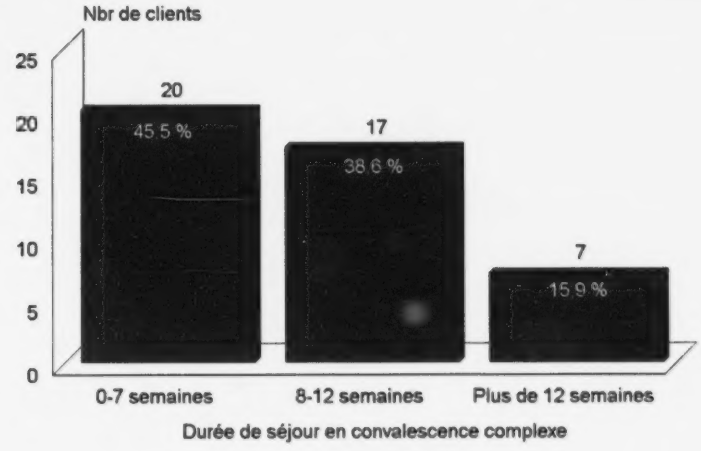
Vingt-six clients ont été admis en convalescence assistée. Pour ces clients, la durée moyenne de séjour est de 39,3 jours. Vingt-cinq clients (96,2 %) ont eu une durée de séjour conforme à ce qui était prévu, soit inférieure à 12 semaines. Un client (3,8 %) a eu un séjour de plus de 12 semaines. La figure 9 apporte toutes les précisions.

Figure 9 : Distribution des clients en convalescence assistée selon leur durée de séjour (n=26)



Quarante-quatre clients ont été admis en convalescence complexe. Pour ces clients, la durée moyenne de séjour est de 55,8 jours. Trente-sept clients (84 %) ont eu une durée de séjour conforme à ce qui était prévu, soit inférieure à 12 semaines. Sept clients (15,9 %) ont eu un séjour de plus de 12 semaines. La figure 10 donne les détails.

Figure 10 : Distribution des clients en convalescence complexe selon leur durée de séjour (n=44)



Ainsi, en cumulant le nombre de clients admis en convalescence assistée et en convalescence complexe, ceux dépassant la durée moyenne de séjour prévue représentent 11,4 % de la population totale, dont la majorité des clients (7/8) sont en convalescence dite complexe. Les données révèlent aussi que les clients séjournant à l'UTRF pour une convalescence dite complexe passent en moyenne 16,5 jours de plus que les autres clients, ce qui est expliqué par la période de non mise en charge qui ne permet pas de faire de la réadaptation active.

4.10 RETOMBÉES POUR LES CLIENTS SUIVANT LEUR PÉRIODE D'HÉBERGEMENT À L'UTRF

Selon les informations découlant de l'OEMC (outil utilisé pour quantifier le niveau d'autonomie des clients à leur arrivée à l'UTRF), il est possible de remarquer que les trois sphères d'activité qui sont les plus mises de l'avant dans les interventions à l'UTRF, démontrent qu'il y a des progrès chez les clients lors de leur passage. Afin de démontrer la progression, ces trois sphères d'activité qui sont les activités de la vie quotidienne, la mobilité et les tâches domestiques seront illustrées à l'aide de graphiques et de tableaux.

Lors de la cotation des sphères d'activité, cinq résultats sont possibles pour quantifier l'incapacité du client, soit :

0 = autonome

0,5 = autonome avec difficulté

1 = nécessite stimulation, supervision, encadrement

2 = nécessite aide partielle

3 = nécessite aide totale

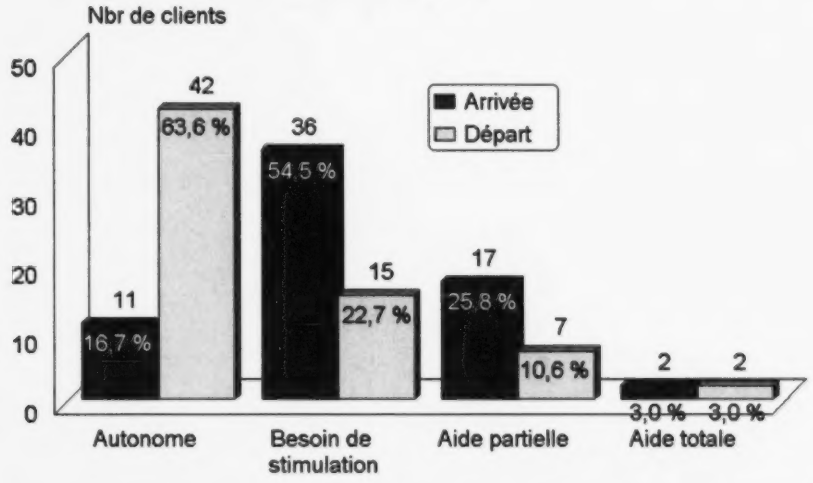
Bien que le profil ISO-SMAF soit exigé par le MSSS, cet indicateur n'a pas pu être utilisé pour apprécier l'évolution de l'autonomie fonctionnelle des clients entre leur arrivée et leur départ de l'UTRF car, pour plusieurs d'entre eux, le calcul ne concordait pas avec les résultats aux différentes sphères d'activité. Afin de qualifier le progrès des clients entre le résultat aux différentes sphères d'activité à l'arrivée et au départ, un barème a été créé.

- 0.25 ET MOINS	DÉTÉRIORATION
ENTRE - 0.25 ET 0.25	STABILITÉ
ENTRE 0.25 ET 0.75	MINCE PROGRÈS
ENTRE 0.75 ET 1.5	PROGRÈS NOTABLE
1.5 ET +	GRAND PROGRÈS

Dans le cadre de cette étude, pour observer l'évolution de l'autonomie fonctionnelle chez les clients, les résultats à l'arrivée et à la sortie du client ont été pris en compte. Selon la situation idéale, nous devrions remarquer à l'admission que plusieurs clients nécessitent une aide partielle ou totale. À leur sortie, la majorité des clients devrait être autonome ou avoir besoin de stimulation. Pour établir les distinctions avant/après séjour des clients, seuls ceux dont les documents étaient remplis en totalité ont été retenus, pour un total de 66 clients.

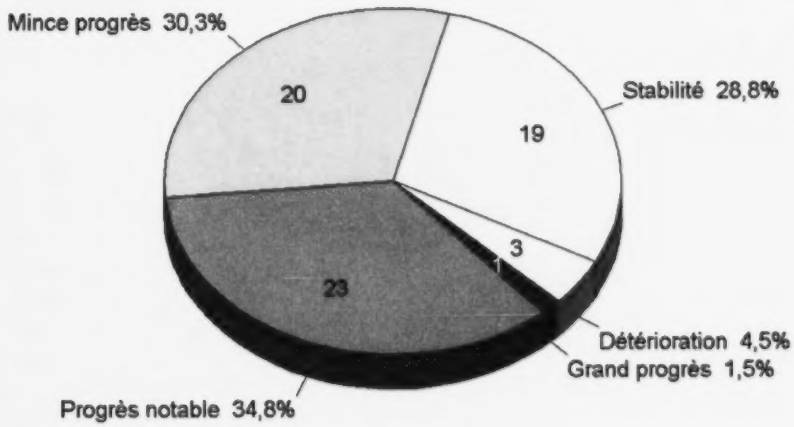
En se référant à la figure 11, on constate que seulement 16,7 % des clients sont autonomes pour les activités de la vie quotidienne (se nourrir, s'habiller, se laver, fonction vésicale, fonction intestinale, etc.), Par ailleurs, leur autonomie s'est améliorée en cours de séjour, faisant en sorte que, pour la majorité des clients (63,6 %), l'autonomie est de retour.

Figure 11 : Évolution de la répartition des clients selon le niveau d'autonomie pour les activités de la vie quotidienne (n=66)



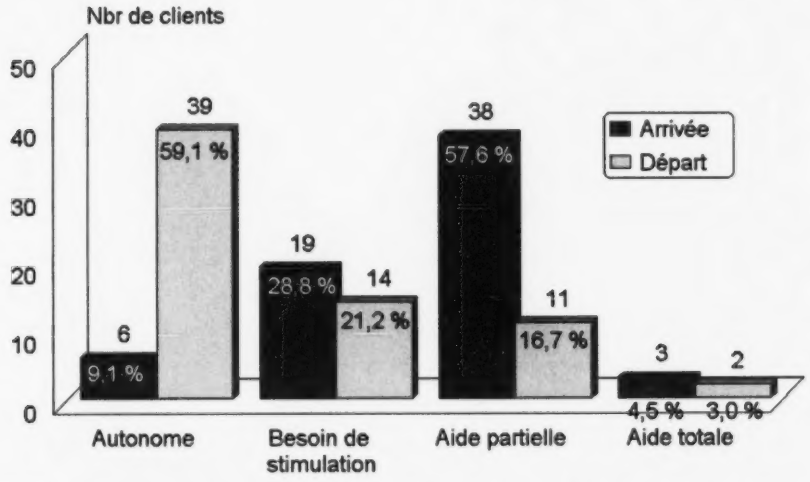
Pour permettre de voir l'évolution de chacun des clients, la différence entre le résultat à l'arrivée et au départ a été établie (Figure 12). Ainsi, lorsqu'on regarde le résultat à l'échelle des activités de la vie quotidienne, nous constatons que 66,6 % des clients ont connu une amélioration de leur autonomie à cette sphère, dont un progrès notable chez la 34,8 % de ces clients.

Figure 12 : Répartition des clients selon l'évolution de leur résultat à l'échelle des activités de la vie quotidienne de l'OEMC (n=66)



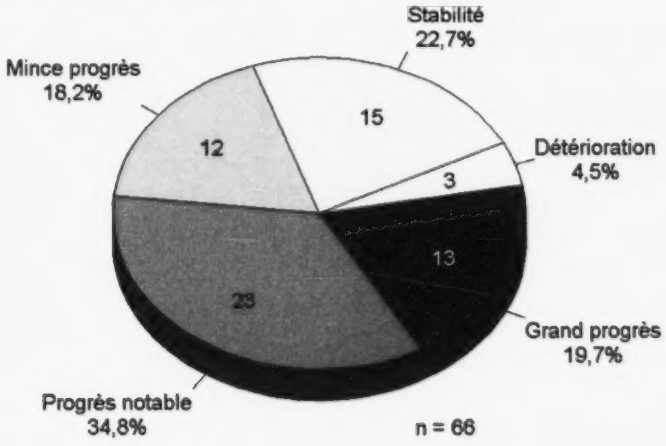
Maintenant, regardons l'évolution au plan de la mobilité (Figure 13). À leur arrivée, la majorité 86,4 % des clients nécessitait une aide partielle et avait un besoin de stimulation. En cours de séjour, la mobilité des clients s'est améliorée, de sorte que la majorité 80,3 % des clients est autonome ou a un besoin de stimulation.

Figure 13 : Évolution de la répartition des clients selon le niveau d'autonomie pour la mobilité (n=66)



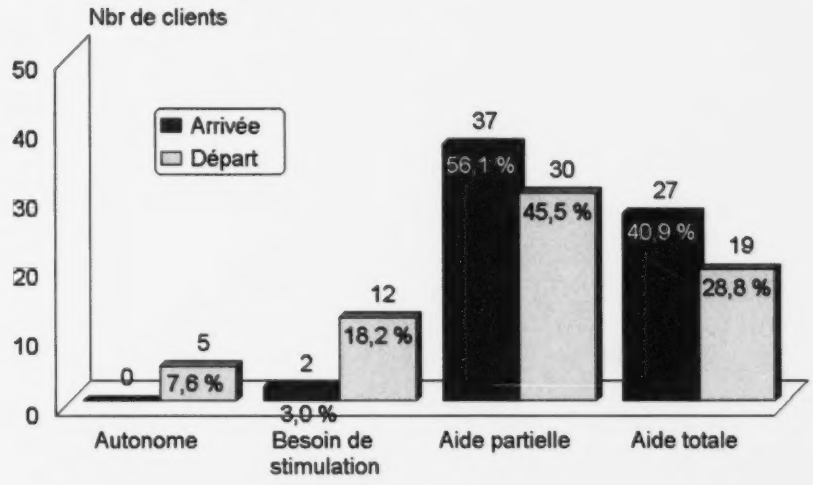
Comme nous pouvons le constater dans la figure 14, 72,7 % des clients ont connu un progrès suivant leur séjour à l'UTRF, donc un progrès notable pour 34,8 % de la clientèle et un grand progrès chez 19,7 % de la clientèle.

Figure 14 : Répartition des clients selon l'évolution de leur résultat à l'échelle de la mobilité de l'OEMC (n=66)



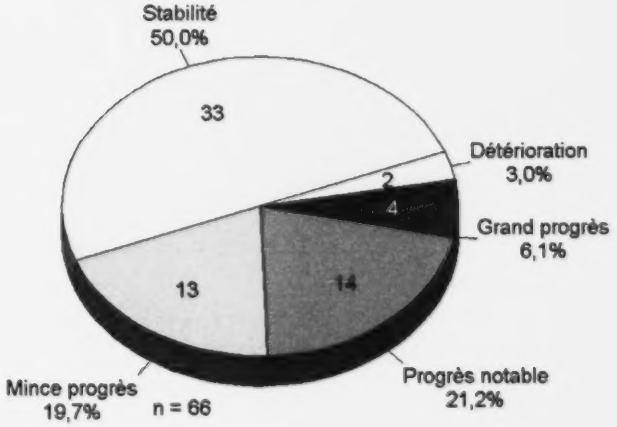
Pour terminer, la dernière sphère est associée aux tâches domestiques (entretenir la maison, faire les courses, la lessive, prendre ses médicaments, etc.). Telle que le démontre la figure 15, pratiquement tous les clients (97 %) nécessitaient une aide partielle ou totale pour réaliser ces tâches.

Figure 15 : Évolution de la répartition des clients selon le niveau d'autonomie pour les tâches domestiques (n=66)



À la figure 16, on dénote que, pour la moitié (50 %) de la clientèle, la situation est restée stable; pour 47 % de la clientèle, un progrès est présent, dont 6,1 % est associé à un grand progrès.

Figure 16 : Répartition des clients selon l'évolution de leur résultat à l'échelle des tâches domestiques de l'OEMC (n=66)



4.11 ORIENTATION DES CLIENTS APRÈS LEUR PASSAGE

Selon les informations recueillies sur les clients admis, la majorité des clients (84,7 %) retrouve le niveau d'autonomie requis et retourne à domicile comme souhaité. Après leur passage à l'UTRF, 2,78 % de la clientèle est transférée vers un lieu d'hébergement de longue durée, correspondant à seulement deux clients. Il est à noter que les trois clients, qui

ont connu des détériorations aux trois sphères d'activité, ont été référés à l'URFI et au CHSLD après leur séjour à l'UTRF.

Tableau 6 : Répartition des clients selon leur situation d'hébergement à la suite de leur passage à l'UTRF

	Nombre de clients	%
DOMICILE	**61**	**84,7 %**
HÔPITAL	4	5,56 %
DÉCÈS	3	4,16 %
CHSLD	2	2,78 %
URFI	1	1,39 %
INFO NON DISPONIBLE SÉJOUR INTERROMPU	1	1,39 %
TOTAL :	72	100 %

4.12 BESOINS DE SERVICES POUR CEUX QUI RETOURNENT À DOMICILE

Lors du retour à domicile, il est normal que les clients nécessitent de l'aide de la part de professionnels spécifiques. Selon la compilation des services requis, l'intervenant social est le service qui est sollicité par le plus de clients (69), suivi des soins infirmiers avec 58 clients, de l'ergothérapeute pour 45 clients, l'aide à l'hygiène pour 39 clients et la physiothérapie pour 30 clients.

Selon l'évolution dans le temps, il est possible de constater que les clients nécessitent moins de services trois mois après avoir quitté l'UTRF qu'au moment de leur sortie, sauf pour les services de réadaptation et l'intervenant social pour lesquels le besoin augmente.

Tableau 7 : Proportion de clients selon le type de services requis pour le maintien à domicile suivant un séjour à l'UTRF

Services	Après le séjour	Suivi 3 mois plus tard
Intervenant social	29; 50 %	[illegible]
Soins infirmiers	[illegible]	27; 44 %
Ergothérapie	21; 36 %	24; 39 %
Aide à l'hygiène	22; 38 %	17; 28 %
Physiothérapie	14; 24 %	16; 26 %
Autre	18; 31 %	11; 18 %
Télésurveillance	7; 12 %	3; 5 %
COOP	8; 14 %	1; 2 %
Hôpital de jour	5; 8 %	4; 7 %
Centre de jour	3; 5 %	3; 5 %
Éducateur spécialisé	1; 2 %	1; 2 %
Nutritionniste	0	2; 3 %
Total :	**58**	**61**
[illegible]		

- ***Amélioration des clients inscrits à l'UTRF en termes de profil des besoins***

Selon le personnel de l'UTRF, les clients qui sont admis à l'UTRF sont des clients qui normalement seraient retournés à domicile et dont leur récupération aurait été plus longue. Avec ce service, puisque la réadaptation est faite de façon régulière et soutenue, les clients parviennent à se rétablir rapidement. *« Et pour les clients avec une restriction quant à la mise en charge, on pratique tout de suite les transferts pour ne pas qu'ils soient trop déconditionnés, lorsque la réadaptation active est possible. Pour ces raisons, on considère que c'est un service qui est nécessaire et qui doit être disponible partout, pour chaque région ».*

Également, selon eux, ce service permet notamment une bonne évaluation globale de la personne, entre autres, au plan des problèmes dans l'aménagement du milieu de vie, car le contexte hospitalier ne permettrait pas une telle évaluation. De plus, il favorise une belle transition entre l'hôpital et le domicile, de sorte que les clients et leur famille sont davantage confiants en regard de la réadaptation. Ce faisant, il est jugé satisfaisant que la majorité des clients retourne à domicile. En ce sens, les intervenants considèrent qu'on atteint un objectif important de la mise en place de ce service : éviter l'hébergement des clients à la suite de l'hospitalisation. Aussi, le personnel affirme que, grâce à l'UTRF, il n'est pas approprié de retourner certains clients à domicile, car ils auraient besoin de beaucoup de services. On évite ainsi les procédures de demandes de services et on permet aux clients de retrouver leur autonomie beaucoup plus rapidement.

- ***Services requis pour leur maintien à domicile***

Selon le personnel de l'UTRF, certains services sont nécessaires pour tous les clients qui retournent à domicile après un séjour à l'UTRF, soit l'aide à l'hygiène à raison d'une fois par semaine pour prendre le bain, la visite d'un ergothérapeute pour aménager le milieu de vie du client, certains équipements de sécurité et thérapeutiques, puis la visite d'une infirmière à domicile pour s'assurer que le retour se passe bien.

5. CONCLUSION

Le but de cette section est de faire ressortir les principaux résultats observés afin de proposer des pistes d'amélioration à ces projets.

La mission à laquelle le service de l'UTRF est dédiée est la suivante : lorsque les soins actifs d'un client hospitalisé pour un problème de santé ou suivant une chirurgie sont terminés, il faut libérer le lit et trouver la ressource la plus appropriée pour ceux qui nécessitent une période de récupération fonctionnelle afin de retourner à domicile. Sur le territoire du CSSS-GL, il n'y a que l'UTRF qui offre ces services à la population. Or, en analysant les informations recueillies pour l'évaluation du projet, certaines lacunes sont ressorties dans la réponse à ce besoin. Par ailleurs, les résultats de cette étude démontrent des éléments positifs à mettre en place ce type de lits.

1. *L'autonomie fonctionnelle des clients augmente et ils retournent en majorité à domicile*

Les résultats illustrent, qu'une proportion importante de clients ont connu une amélioration de leur autonomie à l'échelle des activités de la vie quotidienne de l'OEMC, à l'échelle de la mobilité et à l'échelle des tâches domestiques. De plus, la majorité des clients (84,7 %) retourne à domicile suivant leur séjour à l'UTRF.

2. *On observe un manque de lits en convalescence complexe*

Selon la compréhension qu'a l'équipe de gestion au CSSS-GL, des balises du MSSS, les lits offerts à l'UTRF sont répartis selon le type de service requis, soit la convalescence assistée et la convalescence complexe. Ce faisant à l'UTRF, l'orientation prise par le CSSS-GL soit que **90 %** des lits (11) doivent être attitrés pour une clientèle en **réadaptation** (convalescence assistée) et que **10 %** des lits (2) soient utilisés pour les autres clientèles dites **orthopédiques** (convalescence complexe), ce qui a amené de la confusion. Conformément à celle-ci, des clients référés à l'UTRF par les infirmières de liaison du CHAU HDL ont été refusés en raison de leur complexité de soins, particulièrement la clientèle orthopédique. En réalité, ce sont des clients en orthopédie avec ou sans mise en charge qui ont été les plus référés.

Il est aussi à prendre en considération que l'un des objectifs associés au déménagement de l'UTRF visait à augmenter le nombre de lits afin d'offrir les services dits « convalescence complexe » qui nécessitent des lits pour de la récupération fonctionnelle. Au moment de la rédaction de ce rapport, le nombre de lits était demeuré à 13.

En fait, non seulement la répartition des lits ne correspond pas au besoin, mais le nombre de lits offerts pour ce service à l'UTRF est bien en deçà de la recommandation du MSSS d'offrir **1** lit par tranche de **1 000** personnes de 65 ans et plus. Présentement, avec 13 lits offerts, cela correspond à offrir **1** lit par tranche de **2 400** personnes de 65 ans et plus, ce qui équivaut à **40 %** de la norme ministérielle (13 lits offerts contre 32 lits recommandés par le MSSS).

3. *La répartition des lits selon le type de service a fluctué et a occasionné une certaine confusion chez les personnes qui réfèrent et le personnel de l'UTRF*

Avec l'évolution du projet, différentes modifications apportées aux balises de fonctionnement en matière de répartition des clients ont soulevé de la confusion, tant à l'UTRF qu'en milieu hospitalier. Le CSSS-GL disant avoir des ressources limitées, refusait des convalescences complexes, car la prise en charge était plus lourde. D'un autre côté, le personnel de l'Agence voulait qu'on réponde aux besoins des demandes, surtout lorsque des lits étaient disponibles à l'UTRF, prétextant que le CSSS-GL devait ajuster leur personnel selon les besoins de la clientèle et qu'il y avait des sommes allouées pour offrir des services adéquats et sécuritaires. Les professionnels de l'Agence et l'équipe de gestion du CSSS-GL ne semblent pas avoir la même compréhension quant aux directives du MSSS. Ainsi, la recommandation des premiers les invitait à accepter des clients ayant besoin de soins en convalescence complexe. En conséquence, les critères d'admissibilité ont souvent fluctué, au gré des incitations et de la réelle capacité de la ressource à prendre en charge des clients ayant des besoins plus grands. Cette fluctuation a généré de la confusion chez les infirmières de liaison du CHAU HDL quant à l'admissibilité des clients.

Cette norme interne explique aussi pourquoi le personnel de l'UTRF considère que la clientèle est plus lourde que ce qui avait été prévu. Les clients nécessitant des soins en convalescence complexe devaient constituer une minorité alors que, au contraire, ils ont représenté 68 % des clients. Toutefois, lors de l'implantation initiale du projet, le besoin de libérer des lits de courte durée occupés par des clients sans mise en charge était la clientèle cible visée pour développer ces lits posthospitaliers[8].

4. *Le ratio de personnel est insuffisant*

Également, selon la clientèle admise à l'UTRF, le ratio de personnel en réadaptation ne semble pas être optimal. **À quatre jours par semaine**, ces professionnels ne parviennent pas à faire tout le travail requis pour améliorer l'autonomie fonctionnelle des clients. En raison de ce manque, des tâches en réadaptation ont été transférées au personnel de soutien, de sorte que les préposés de la COOP à LEC-II et les PAB au Centre Paul-Gilbert – centre d'hébergement de Charny, **personnel sans formation ni connaissance en réadaptation,** tentent de veiller à la pratique de certaines de ces activités chez les clients, en plus de leur responsabilité habituelle en hygiène et en aide à la personne. Les préposés manquent toutefois de temps eux aussi.

De plus, depuis le déménagement au Centre Paul-Gilbert – centre d'hébergement de Charny, bien que l'équipe de l'UTRF ait eu un gain par le biais d'une équipe médicale stable, elle a connu une perte au plan du personnel infirmier, passant d'un ratio de **1/6 clients à 1/9 clients**. Comme la mission de ce centre est l'hébergement, il ne semble pas avoir été pris en compte que les clients de l'UTRF sont des personnes en transition qui **occupent des lits de récupération fonctionnelle, en plus de nécessiter plus de soins** que s'ils étaient en hébergement.

[8] Québec : Centre de santé et de services sociaux du Grand-Littoral. Mars 2007. *Unité de convalescence assistée*. Québec : Centre de santé et de services sociaux du Grand-Littoral, 13 p.

En bout de piste, on constate que le niveau de soins offerts aux clients en récupération fonctionnelle n'est pas beaucoup plus grand à l'UTRF qu'en soutien à domicile, car les intervenants manquent de temps pour faire la réadaptation de façon convenable.

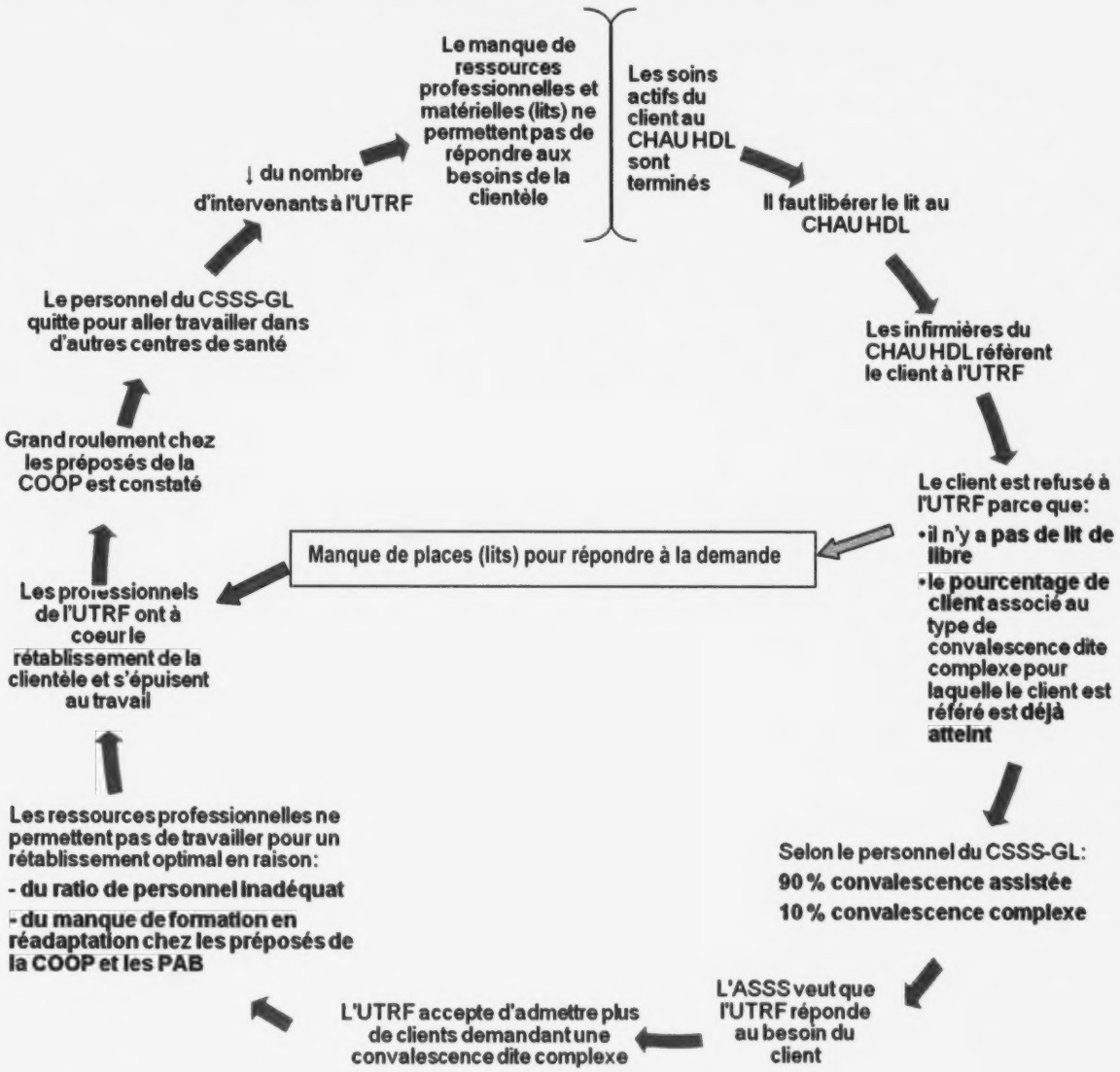
5. La lourde charge de travail semble occasionner un roulement du personnel

Comme le personnel de soutien est **appelé à réaliser des tâches en dehors de son champ de compétences et en surplus de ce qu'il doit habituellement faire**, l'épuisement est au rendez-vous. Un grand roulement de personnel est observé chez les préposés de la COOP puisqu'ils souhaitent trouver des conditions de travail plus favorables. Ce phénomène est également observable chez les professionnels en réadaptation, car ils sont toujours pressés par le temps pour rencontrer le plus de clients à chaque jour de présence à l'UTRF. Même si, à l'UTRF, on tentait d'admettre une clientèle nécessitant majoritairement des soins en convalescence assistée, ce ne fut pas le cas. Comme la clientèle en convalescence complexe nécessite des soins particuliers, le temps requis par client est plus grand. Ainsi, pour ces diverses raisons, les intervenants rattachés à l'UTRF s'épuisent au travail et tentent de trouver d'autres milieux où aller travailler.

Finalement, le constat qui se dégage est qu'il y a un **manque de places (ratio 1/1000) et un manque de ressources professionnelles**, ce qui ne permet pas de **répondre entièrement aux demandes et aux besoins de la clientèle**.

La figure suivante résume schématiquement les principales problématiques rencontrées dans l'implantation de l'UTRF :

Figure 17 : Enchaînement des difficultés rencontrées à l'UTRF en cours d'implantation



6. RECOMMANDATIONS

Cette section apporte quelques pistes de réflexion et recommandations devant conduire à l'amélioration des services offerts à la clientèle séjournant à l'UTRF.

- ***Se positionner sur le mandat de l'UTRF***

D'abord, il est souhaitable que les partenaires se positionnent sur le type de clientèle admissible à l'UTRF. Est-ce une ressource pour la récupération fonctionnelle, peu importe le type de clientèle (convalescence assistée et convalescence complexe)? La mission de l'unité doit être clarifiée pour toutes les personnes concernées. Le personnel chargé des démarches reliées au processus d'admission et de référence doit avoir une compréhension claire des critères d'admissibilité. Pour ce faire, la nature du besoin à combler ainsi que les ressources offertes doivent être adaptées selon le mandat désigné de cette unité.

- ***Répondre aux besoins de la clientèle du territoire du CSSS-GL quant au nombre de lits de récupération fonctionnelle nécessaire***

Selon les résultats de l'évaluation, en plus de ne pas correspondre aux besoins de la clientèle, le nombre de lits offerts à l'UTRF est bien en deçà de la recommandation du MSSS. Partant du fait que selon les informations obtenues en cours d'évaluation, le déménagement de l'UTRF au Centre Paul-Gilbert – centre d'hébergement de Charny vise à augmenter le nombre de lits afin d'offrir les services dits « convalescence complexe », il ne reste qu'à mettre à terme cette initiative prometteuse. Bien que les résultats obtenus dans ce rapport quant à l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle des clients et du pourcentage de clients qui retournent à domicile soient satisfaisants, en apportant ces mesures correctives, il est estimé que le temps de séjour des clients sera réduit et qu'un plus grand nombre de clients sera en mesure de retourner à domicile suivant leur passage à l'UTRF. Plus de clients auront la chance d'augmenter leur autonomie fonctionnelle et de retourner à domicile suivant leur séjour à l'hôpital, à condition que les ressources cliniques soient suffisantes. Ainsi, la congestion vécue au CHAU HDL pour les clients en fin de soins serait moindre. Compte tenu que la demande de services dépasse l'offre, le CSSS-GL devrait créer d'autres types de lits pour répondre aux besoins de la clientèle de son territoire, tels des lits d'évaluation, d'orientation et de convalescence.

- ***Avoir le personnel nécessaire pour répondre aux besoins de la clientèle***

Comme la clientèle séjournant à l'UTRF nécessite des soins particuliers, un temps de soins par personne est plus grand que pour une clientèle en hébergement. De ce fait, il est primordial de mettre à la disposition de ces clients le personnel de réadaptation nécessaire de même que pour le personnel infirmier. Pour ce faire, il importe de s'assurer que les intervenants qui s'ajouteront à l'équipe de réadaptation et des soins infirmiers possèdent l'information et la formation pour assumer leur propre rôle. De plus, pour contrer le malaise qui existe quant aux rôles et responsabilités entre le personnel de réadaptation et les PAB, la mise en application de règles de fonctionnement claires favorisera une plus grande symbiose du personnel et une plus grande efficacité de l'UTRF.

- ***Favoriser la rétention du personnel au sein de l'UTRF***

En mettant en application les quatre recommandations suivantes (un mandat de service clair, une présence soutenue de la part de l'équipe de gestion du CSSS-GL, un nombre de lits plus élevé, un nombre d'intervenants en réadaptation établi en fonction du nombre de lits et de la charge de travail), nous pourrons envisager une nette amélioration au niveau de la rétention du personnel au sein de l'UTRF. Ainsi, une meilleure atmosphère de travail se fera sentir et ce sont les clients qui auront tout à gagner.

BIBLIOGRAPHIE

Québec : Ministère de la Santé et de Services sociaux. Direction des communications. 2005. *Un défi de solidarité; les services aux aînés en perte d'autonomie - Plan d'action 2005-2010.* Ministère de la Santé et de Services sociaux. Direction des communications, p. 27.

Québec : Centre de santé et de services sociaux du Grand-Littoral. Janvier 2008. *Centre de convalescence assistée – projet - un accélérateur de convalescence et de retour à domicile*. Québec : Centre de santé et de services sociaux du Grand-Littoral, p. 5.

Bolduc, Yves, et Kroon, Chantal. 12 mars 2008. *Évaluation des projets-pilotes de places de soins posthospitaliers Power Point réussie*. Diaporama. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Comité provincial. Décembre 2008. Compte rendu *Unité transitoire de récupération fonctionnelle pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement.* Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 5 p.

Québec : Centre de santé et de services sociaux du Grand-Littoral. Mars 2007. *Unité de convalescence assistée.* Québec : Centre de santé et de services sociaux du Grand-Littoral, 13 p.

ANNEXES

ANNEXE 1

PERSPECTIVES GL

Dossier : _____
Nom : _____
DN : _____

NAM : _____
Intervenant social : _____

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

CRITÈRES D'INCLUSION :

- ☐ Être une personne en perte d'autonomie liée au vieillissement (ou avec profil gériatrique) en fin de soins actifs dont le retour à domicile est compromis; ou
- ☐ Être une personne âgée à domicile référée soit : ☐ Médecin de famille ☐ Médecin de l'urgence de l'Hôtel Dieu de Lévis ☐ Médecin des urgences de la première ligne du CSSS du Grand Littoral ☐ Intervenants du SAD du CSSS du Grand Littoral et présentant un profil visé par le programme
- ☐ Avoir un état psychique et physique permettant une amélioration de l'autonomie fonctionnelle
- ☐ Être stable au niveau médical
- ☐ Avoir un potentiel de retour à domicile
- ☐ Avoir une motivation suffisante pour collaborer activement au plan d'intervention interdisciplinaire (usager et ses proches aidants)
- ☐ Avoir une intensité de services en réadaptation ne répondant pas aux critères de l'URFI
- ☐ Avoir une capacité physique insuffisante pour tolérer les déplacements vers l'hôpital de jour ainsi que le temps d'attente et participer aux traitements
- ☐ Acceptation par l'usager ou son répondant des objectifs et des conditions de séjour
- ☐ Résider sur le territoire du CSSS du Grand Littoral

CRITÈRES D'EXCLUSION :

- ☐ Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement (ou avec profil gériatrique) présentant des troubles de comportement
- ☐ Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement (ou avec profil gériatrique répondant aux critères d'admissibilité de l'URFI
- ☐ Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement (ou avec profil gériatrique) présentant une instabilité au niveau médical
- ☐ Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement (ou avec profil gériatrique) dont le pronostic ne permet pas une récupération fonctionnelle suffisante pour un retour à domicile

DÉCISION DU COMITÉ D'INSCRIPTION

Date : _____

- ☐ Demande admissible
- ☐ Demande non admissible
- ☐ Comité du mécanisme d'accès à l'hébergement
- ☐ Orientation vers une autre ressource ou un autre programme
- ☐ Refus de la famille (raison du refus) :_____

Services **AVANT** (Admission UTRF)	Services **APRÈS** (Congé UTRF)	Services **3 MOIS APRÈS** (Congé UTRF)
Fréquence ___	Fréquence ___	Fréquence ___
☐ Physiothérapie _____	☐ Physiothérapie _____	☐ Physiothérapie _____
☐ Ergothérapie _____	☐ Ergothérapie _____	☐ Ergothérapie _____
☐ Aide à l'hygiène _____	☐ Aide à l'hygiène _____	☐ Aide à l'hygiène _____
☐ COOP _____	☐ COOP _____	☐ COOP _____
☐ Soins infirmiers _____	☐ Soins infirmiers _____	☐ Soins infirmiers _____
☐ Interventions sociales _____	☐ Interventions sociales _____	☐ Interventions sociales _____
☐ Éducatrice spécialisée _____	☐ Éducatrice spécialisée _____	☐ Éducatrice spécialisée _____
☐ Nutrition clinique _____	☐ Nutrition clinique _____	☐ Nutrition clinique _____
☐ Centre de jour _____	☐ Centre de jour _____	☐ Centre de jour _____
☐ Hôpital de jour _____	☐ Hôpital de jour _____	☐ Hôpital de jour _____
☐ Autres _____	☐ Autres _____	☐ Autres _____

Événements en cours de séjour à UTRF	**État de la situation 3 mois post-retour à domicile (à compléter par intervenant social du SAD)**
1- ☐ Consultation à l'urgence Où _____ Date _____ Raison _____	1- ☐ Consultation à l'urgence Où _____ Date _____ Raison _____
2- ☐ Hospitalisation : Établissement _____ De _____ à _____ Raison _____	2- ☐ Hospitalisation : Établissement _____ De _____ à _____ Raison _____
3- ☐ Demande au comité du mécanisme d'accès à l'hébergement Orientation _____	3- ☐ Demande au comité du mécanisme d'accès à l'hébergement public ☐ CHSLD ☐ RI ☐ RTF

Date de réception de la demande		**Date du comité d'inscription**		**Date du congé de l'UTRF**	
Orientation après le séjour à l'UTRF : ☐ Domicile ☐ Hôpital de jour ☐ Résidence privée avec plus de services ☐ R.I, RTF ☐ Autres lieux de convalescence ☐ Hébergement ☐ URFI		**Milieu de vie après 3 mois** ☐ Domicile ☐ Résidence privée ☐ RI ☐ RTF ☐ Hébergement			

ANNEXE 2

Exemples de questionnements et données requises

① REPÉRAGE DE CAS :

- Est-ce *facile* pour le CHAU HDL d'identifier les personnes qui cadrent avec la mission et la clientèle visée par l'UTRF? Pourquoi? S'il en est, quelles sont les difficultés rencontrées pour conclure qu'un cas correspond ou non?
  - ⇒ **Entretiens avec le personnel du CHAU HDL**
- Quelle est la compréhension respective des partenaires (CSSS et CHAU HDL) de la mission de l'UTRF, de sa clientèle-cible, des critères d'admission et facteurs d'exclusion? Par exemple, comment chacun des partenaires définit « Avoir un potentiel de retour à domicile » et quels sont leurs indices pour le mesurer chez une personne?
  - ⇒ **Entretiens avec le personnel de l'UTRF**
  - ⇒ **Entretiens avec le personnel du CHAU HDL**
- Comment se concrétise l'évaluation des clients au CHAU HDL et à l'UTRF? Quelles sont les contraintes liées à l'utilisation des outils standardisés prévus (OEMC, suivi évolutif)? Les outils d'évaluation permettent-ils de rendre compte rapidement et efficacement de la situation des personnes? Pourquoi?
  - ⇒ **Entretiens avec le personnel de l'UTRF**
  - ⇒ **Entretiens avec le personnel du CHAU HDL**

Demande :

- Combien de demandes ont été présentées par le CHAU HDL à l'UTRF? Combien ont été rejetées et pourquoi? Qu'est-ce qui décrit le mieux les clients jugés non admissibles?
  - ⇒ **Grille de suivi des demandes produite par le CHAU HDL**
  - ⇒ **Document Critères d'admissibilité produit par l'UTRF**
  - ⇒ **Entretiens avec le personnel de l'UTRF**
  - ⇒ **Entretiens avec le personnel du CHAU HDL**

- Parmi les clients jugés admissibles :
  - Quel est le temps d'attente moyen pour une admission à l'UTRF? Quel est le nombre moyen de clients en attente? Quelle est la situation des clients pendant l'attente (ex. où se trouvent-elles?)?
  - Des clients jugés admissibles en viennent-ils à ne pas séjourner à l'UTRF? Pourquoi (ex. refus de l'usager/de sa famille, temps d'attente trop important)? Qu'advient-il de ces clients (ex. où se trouvent-ils?)?
  - ⇒ **Grille de suivi des demandes produite par le CHAU HDL**
  - ⇒ **Document Critères d'admissibilité produit par l'UTRF**
  - ⇒ **Entretiens avec le personnel de l'UTRF**
  - ⇒ **Entretiens avec le personnel du CHAU HDL**

Processus d'admission :

- Quelles sont les étapes du processus d'admission d'un client?
- Quel rôle jouent les autres collaborateurs (intervenants sociaux, famille) dans le processus d'admission? Sur quels aspects l'implication des autres collaborateurs devrait-elle être améliorée ou renforcée?
  - ⇒ **Document produit par CSSS-GL à l'UTRF**
  - ⇒ **Entretien avec le responsable de l'admission à l'UTRF**
  - ⇒ **Entretien avec le responsable des départs au CHAU HDL**

② LES CLIENTS INSCRITS :

- Des clients ont-ils été admis sans correspondre aux critères? En quoi ne respectent-ils pas les critères? Pour quelles raisons ont-ils pu s'inscrire malgré tout?
  - ⇒ **Document Critères d'admissibilité produit par l'UTRF**
  - ⇒ **Entretiens avec le personnel de l'UTRF**
- Quelles sont les caractéristiques des clients inscrits, notamment :
  - D'où proviennent-ils?
    - ⇒ **Tableau d'état de situation produit par le personnel de l'UTRF**
    - ⇒ **Deux premiers éléments du document « Critères d'admissibilité »**
  - Quel est leur profil clinique? Leur niveau d'autonomie fonctionnelle? Leur potentiel de réadaptation, leurs besoins?
    - ⇒ **Tableau d'état de situation produit par le personnel de l'UTRF**
    - ⇒ **OEMC**

③ ACTUALISATION DES SERVICES :

- Comment prennent forment les interventions de **réadaptation** à l'UTRF?
- Comment se concrétise le **partenariat entre le personnel du CSSS et celui de la coopérative** de services?
- Comment se **déroule le séjour** des clients?
- Comment les **départs** se préparent et se réalisent-ils?
- Quelle est la **durée moyenne** des séjours?
  - ⇒ **Tableau d'état de situation produit par le personnel de l'UTRF**
  - ⇒ **Entretiens avec UTRF**
  - ⇒ **Entretiens avec le personnel de la COOP**

④ CONDITIONS D'IMPLANTATION :

- À partir de l'expérience vécue, quelles sont les principaux enjeux, modalités de fonctionnement et autres considérations dont une organisation doit tenir compte dans l'implantation d'un service comparable à l'UTRF?
- Quelles sont les principales contraintes rencontrées dans l'implantation et quels ajustements ont été apportés?
  - ⇒ **Entretiens avec le personnel de l'UTRF**
  - ⇒ **Entretiens avec le personnel du CHAU HDL**
  - ⇒ **Entretiens avec le personnel de la COOP**
  - ⇒ **Entretiens avec la chef de programme**

⑤ RETOMBÉES POUR LE CLIENT ET POUR LE CONTINUUM :

- Où les clients se retrouvent-ils après leur séjour à l'UTRF?
  - ⇒ **Tableau d'état de situation produit par le personnel de l'UTRF**
  - ⇒ **Suivi 3 mois après séjour**
- Quel est le niveau d'autonomie fonctionnelle et le profil de besoin des usagers au terme de leur séjour?
  - ⇒ **OEMC**
  - ⇒ **Profil évolutif**